UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1956 — N° 185

Le devenir des formes locales de la maladie de Hodgkin traitées chirurgicalement

(Chaire de pathologie générale et expérimentale)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 14 Novembre 1956

par

André, Michel GABAUDE

Né le 10 Mai 1930 à BORDEAUX (Gironde)

Ancien Externe des Hôpitaux
Lauréat des Hôpitaux de Bordeaux
Diplomé de Médecine du Travail

Examinateurs de la Thèse

MM. SARIC, professeur, *Président*
FABRE, professeur
BROUSTET, professeur agrégé } *Juges*
RIVIÈRE, agrégé

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1956

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547307_0087

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1956 — N° 185

Le devenir des formes locales de la maladie de Hodgkin traitées chirurgicalement

(Chaire de pathologie générale et expérimentale)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 14 Novembre 1956

par

André, Michel GABAUDE

Né le 10 Mai 1930 à BORDEAUX (Gironde)

Ancien Externe des Hôpitaux
Lauréat des Hôpitaux de Bordeaux
Diplomé de Médecine du Travail

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Examinateurs de la Thèse :

MM. SARIC, professeur, *Président*
FABRE, professeur
BROUSTET, professeur agrégé } *Juges*
RIVIÈRE, agrégé

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1956

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, PORTMANN
DOYEN : M. SIGALAS. — ASSESSEUR : M. TAYEAU

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS BEAUVIEUX, CREYX, MAURIAC.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DE GRAILLY
	BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN
	MASSÉ
Clinique d'accouchements	M. RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	LÉGER
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIECHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	MASQUELIER
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	BESSIÈRE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	MORETTI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	G. PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DUBARRY
Carcinologie	LACHAPÈLE

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie)
M. CAZAUX, Pharmacie (3e Section)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Anatomie	RIGAUD
	CABANIE
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE
Physique médicale	DUHAMEL

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE
	ROMAIN
Pharmacie (2e Section)	QUILICHINI

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ :

M. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN
	LENG-LÉVY
	LAVIGNOLLE
	MARTIN-DUPONT
	DAVID-CHAUSSE
	J.-RIVIÈRE
Chirurgie générale	LAUMONIER
	CHAVANNAZ
	VILLAR
	TINGAUD
	DEPAULIS
	DARMAILLACQ

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE
	FAUGÈRE
Ophtalmologie	CORCELLE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
	M. PORTMANN
Dermatologie et shyphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE
Neurologie et psychiatrie	BLANC
Pneumo-phtisiologie	FREOUR

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
	FAUGÈRE
Puériculture	VERGER
	PÉRY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétricie sociale	MAHON
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	VILLAR
	CHAVANNAZ
	TINGAUD
	LAPORTE
	DARMAILLACQ

	MM.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	Mme LINQUETTE
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU
Phytopharmacie	CORTESI
Droit médical international	AUBY
Médecine légale	L'ÉPÉE
Séméiologie médicale	RIVIÈRE J.
Séméiologie chirurgicale	DEPAULIS
Embryologie	STOLL
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN
	LENG LÉVY
	LAVIGNOLLE
	DAVID-CHAUSSE
	RIVIÈRE
	MARTIN-DUPONT

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD

Par délibération du 5 Août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considé comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE MATERNEL

A MA FEMME

En témoignage de tout mon amour.

A MON PERE ET A MA MERE

Ce faible témoignage de ma reconnaissance pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

A MES BEAUX-PARENTS

Pour l'affection et la confiance qu'ils ont su me témoigner.

A MA BELLE-SŒUR

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOS MAITRES DE L'EXTERNAT

Qui nous ont montré la véritable voie de la Médecine.

Successivement :

M. le Docteur COURBIN.

M. le Professeur PIECHAUD.

M. le Professeur CHAVANNAZ.

M. le Professeur DARMAILLACQ.

M. le Professeur R. SARIC.

M. le Docteur M. TRAISSAC.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX

À tous ceux à qui nous avons écrit
et qui ont bien voulu nous répondre.
Nous leur exprimons ici toute notre reconnaissance.

Successivement :

M. le Professeur Jean BERNARD,
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

M. le Docteur Jacques BOUSSER,
Médecin des Hôpitaux de Paris.

M. le Docteur BRUNETON,
Médecin de l'Hôpital de Montmorency.

M. le Docteur Henry ESCHAPASSE,
Chirurgien assistant des Hôpitaux de Toulouse.

M. le Professeur Jacques GADRAT,
Professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse.

M. le Docteur Jean LANOS,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph, Paris.

M. le Professeur J.-M. PAYARD,
Professeur à l'Ecole de Médecine de Poitiers.

M. le Professeur Louis RIMBAUD,
Membre correspondant national de l'Académie
de Médecine.

Aux chirurgiens, médecins, histolologistes
et radiologues bordelais
qui se sont penchés avec nous sur le problème
qui nous intéressait et qui nous ont guidé par leurs conseils.
Qu'ils reçoivent ici le témoignage de notre gratitude.

Successivement :

M. le Professeur E. AUBERTIN.
M. le Docteur J. AUCHE.
M. le Docteur BIRABEN.
M. le Professeur H. BLANCHOT.
M. le Docteur A. BONNARD.
M. le Docteur P. BOUYSSOU.
M. le Docteur BRICAGE.
M. le Docteur J. BROUSSIN.
M. le Professeur J. CHAVANNAZ.
M. le Professeur R. DARGET.
M. le Professeur R. DARMAILLACQ.
M. le Professeur de GRAILLY.
M. le Professeur R. DUFOUR.
M. le Docteur R. GUICHARD.
M. le Docteur A.-P. LACHAPELLE.
M. le Docteur LEGER.
M. le Docteur LEFORT.
M. le Docteur P. MARTIN.
M. le Doyen P. MAURIAC.
M. le Docteur J.-M. MEYNARD.
M. le Professeur POUYANNE.
M. le Professeur J. REBOUL.
M. le Docteur M. TANDONNET.
M. le Docteur C. WANGERMEZ.

A NOS JUGES :

M. le Docteur Jean RIVIERE

Agrégé de Médecine Générale,

Que nous tenons à remercier pour avoir bien voulu participer à notre jury.

M. le Professeur Agrégé P. BROUSTET

Professeur de Clinique médicale,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

M. le Professeur R. FABRE

Professeur de Physiologie à la Faculté de Bordeaux
Directeur Honoraire de l'Institut d'Education Physique
Officier de la Légion d'honneur,
Médaille Militaire,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction Publique,

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur R. SARIC

Professeur de pathologie générale et expérimentale,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de l'Instruction publique.

Qui a bien voulu présider notre thèse. Nous lui exprimons toute notre gratitude et toute notre reconnaissance pour la haute valeur de son enseignement et pour la bienveillance dont il a fait preuve au cours de ce travail.

INTRODUCTION

On a beaucoup écrit, beaucoup discuté sur la maladie de Hodgkin; cette abondance de documents prouve que beaucoup d'auteurs sont attirés par le mystère qui l'entoure, et démontre notre ignorance sur de nombreux points. Depuis 1832, où le médecin anglais Th. Hodgkin attira l'attention, « non pas sur la maladie qui porte aujourd'hui son nom et qui ne devait être individualisée que beaucoup plus tard, mais sur le vaste groupe des hypertrophies spléno-ganglionnaires à évolution maligne » (Pasteur-Vallery-Radot), aucun argument décisif n'a été apporté quant à son étiologie, aucune thérapeutique vraiment curatrice n'a été trouvée. Pour dérouter encore plus les auteurs qui se sont occupés de cette question, la lymphogranulomatose maligne revêt les aspects les plus divers, vant fréquemment de nombreuses surprises.

Il n'est point dans notre intention de faire ici, un tour plus ou moins complet de la maladie de Hodgkin, et de développer des problèmes intéressants mais non résolus, comme son étiologie par exemple; d'autres auteurs l'ont fait avant nous, même récemment, et nous ne pourrions apporter ici aucun fait nouveau. Nous nous sommes simplement posés cette question : « **L'ablation totale d'un Hodgkin localisé peut-elle être vraiment curatrice ?** » Nous apportons ici une observation inédite d'une forme monoganglionnaire. Cette observation nous la ferons suivre d'observations identiques déjà publiées dans la litérature. Puis, nous citerons quelques cas de maladies de Hodgkin localisées à d'autres territoires également traités par la méthode chirurgicale.

La première question en a immédiatement fait surgir une deuxième : « **Avec d'autres méthodes, comme la radiothérapie, par exemple, obtiendrions-nous LES MEMES RESULTATS ?** » Nous avons donc cherché quelques exemples. Ces

deux premières questions nous ont fatalement conduits à une troisième : **Si on n'avait fait aucun traitement quelle aurait été l'évolution de ces cas ?**

Ayant apporté à chacune de ces trois questions des observations correspondantes, nous tâcherons de trouver une conclusion qui, dès maintenant on le voit, est difficile à formuler.

L'ABLATION TOTALE D'UN HODGKIN LOCALISE PEUT-ELLE ETRE VRAIMENT CURATRICE ?

Le cas que nous rapportons ci-dessous nous a été indiqué par M. le Docteur Saric :

Il s'agit d'un homme âgé actuellement de 77 ans, dans les antécédents duquel on ne note rien de particulier, si ce n'est de fréquentes otites jusqu'en 1948, dont l'une nécessita une mastoïdectomie gauche. De façon générale, le malade a joui pendant toute sa vie d'une excellente santé.

En février 1949, à l'âge de 70 ans, il remarque un petit ganglion jugulaire gauche qui grossit lentement. Il ne présente aucun autre signe, pas de température, pas d'amaigrissement, pas de perte de l'appétit, pas de fatigue. A l'interrogatoire, on apprend cependant que depuis quelque temps il souffre d'un prurit léger mais tenace.

A l'examen on remarque ce petit ganglion dur, mobile, roulant sous le doigt, non douloureux, siégeant au niveau de la chaîne jugulaire gauche. Le reste de l'examen est négatif. La recherche minutieuse de la rate ne donne aucun résultat, le foie est dans les limites normales, les autres territoires ganglionnaires sont libres de toute adénopathie. L'examen clinique pulmonaire et cardiaque est négatif. On pratique un examen O.R.L. qui n'apporte aucun fait nouveau. Une radiographie pulmonaire est normale et ne montre aucune adénopathie médiastinale. La formule sanguine est dans les limites normales.

Le malade voit alors de nombreux médecins; les uns lui conseilleni d'attendre avant de faire une thérapeutique quelconque, les autres conseillent l'exérèse. Une année passe ainsi sans apporter aucun fait nouveau.

En janvier 1950, le malade vient consulter M. le Docteur Saric, qui ne note que l'adénopathie existante sans aucun autre signe. Une nouvelle numération formule est normale sans éosinophilie. Le malade décide alors de ne pas garder cette « grosseur » et propose de lui-même qu'on en fasse l'exérèse.

Le 6 janvier, M. le Docteur Charrier fait cette exérèse : Il trouve un ganglion assez gros, mais d'extirpation facile. Le ganglion est un peu écrasé pendant l'opération; il est envoyé à M. le Docteur Bonnard aux fins d'examens histologiques. Sa réponse est formelle : il s'agit d'un ganglion hodgkinien typique.

Voici le détail de l'examen histologique : « Il s'agit d'un lymphagranulome malin (maladie de Hodgkin), caractérisé par une nappe presque exclusivement lymphocytaire de laquelle se détachent de nombreux éléments géants présentant les caractères morphologiques des cellules de Sternberg. » (Numéro de l'examen : 24.861.)

Après cette exérèse, le malade est envoyé à M. le Docteur Lachapelle, pour un traitement radiothérapique post-opératoire dans le territoire ganglionnaire atteint.

Depuis lors, le malade est régulièrement suivi. Il a été revu dernièrement dans les premiers mois de 1956. Quelques mois après son ablation, il présente toujours un petit prurit, mais aucun signe clinique ni hématologique de rechute. En 1950, il présente quelques grammes de sucre dans les urines; il est toujours accompagné de son prurit.

En 1953, se produit une alerte et on a peur d'une rechute. Le malade présente une lombo-sciatique assez sévère gauche qui attire d'emblée l'attention à cause de ses antécédents. Cette lombo-sciatique, sous l'effet d'une médication symptomatique disparait en quelques semaines. Une radiologie du rachis ne montre rien d'anormal.

De 1954 à 1956, le sujet se porte parfaitement bien; il

présente toujours son prurit et sa glycosurie de quelques grammes.

Voilà donc un homme âgé, qui depuis 7 ans, date du début apparent de sa maladie, n'a pas fait de rechute hodgkinienne, et qui depuis 6 ans, ou a eu lieu son exérèse, est en parfaite santé (apparente).

Observations se rapprochant de notre propre cas :

— *Observation de VIOLA.* — C'est à Viola, en 1914, que semble revenir le mérite de la première publication. Un chirurgien se blesse au cours d'une biopsie ganglionnaire. Une adénopathie axillaire accompagnée de fièvre apparaît. L'examen histologique des ganglions enlevés 18 jours après ce début, les montre formés d'un typique tissu de Sternberg. La guérison du chirurgien est assurée par l'intervention et se maintiendrait depuis 15 ans au moment de la publication.

— *Observation de STORTI.* — Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, robuste et sportive, dont l'anamnèse familiale et personnelle ne présente aucun fait remarquable. Cette patiente se présenta en décembre 1932, à la consultation. Elle se plaignait de l'apparition dans la zone sus-claviculaire gauche d'une tuméfaction de la grosseur d'une noix. Cette tuméfaction était lisse, mobile et présentait une consistance parenchymateuse. L'examen général clinico-radiologique ne révéla la présence d'aucune tuméfaction analogue, ni superficielle, ni profonde, et pas même un agrandissement spléno-hépatique. La crase sanguine était normale, sauf une petite éosinophilie. La malade présentait le soir un mouvement fébrile léger et aucun trouble subjectif. La cuti-réaction était légèrement positive. La ponction ganglionnaire n'étant pas encore appliquée systématiquement, on procéda à l'ablation complète de la masse. A l'examen histologique, on se trouva en présence d'un ganglion hodgkinien. La patiente fut renvoyée sans aucun conseil thérapeutique spécial. La malade fut suivie régulièrement pendant

5 ans et n'a jamais présenté le moindre signe de rechute. Elle a eu entre temps un accouchement normal.

— *Observation de STORTI (1937).* — Homme de 34 ans, qui vient à la consultation un an après le cas précédent. Antécédents personnels et familiaux excellents. Il se présente, avec à l'aisselle gauche, une masse ayant les caractéristiques d'une tuméfaction ganglionnaire dure de la grosseur d'une noix. Rien à relever au niveau des autres organes; crase sanguine normale. Cette fois encore, on procéda à l'ablation totale immédiatement. L'examen histologique révéla un tissu de Sternberg, c'est-à-dire une maladie de Hodgkin. Ce patient lui aussi, quoique n'ayant subi aucun traitement post-opératoire, était en parfaite santé 4 ans après.

— *Observation de GOIA (1937).* — Il s'agit d'une fille de 18 ans qui présente une adénopathie sus-claviculaire gauche. Aucun autre signe clinique si ce n'est un léger fébricule vespéral. A noter que la cuti-réaction est négative. On fait rapidement l'ablation de cette adénopathie. L'histologie affirme la maladie de Hodgkin. Cette jeune malade se portait bien 5 ans après l'ablation ganglionnaire.

— *Observation de CRAVER.* — Craver, en 1942, rapporte 5 cas de maladie de Hodgkin ganglionnaire isolée, traités chirurgicalement, et qui étaient vivants et en bonne santé 5 ans après l'exérèse.

— *Observation de BOUSSER.* — Bousser, en 1947, rapporte le cas d'un malade pour lequel on décide l'exérèse d'un ganglion unique, dont l'histologie affirme la nature hodgkinienne typique. Lors de la publication de cette observation, 4 ans après, le malade ne présentait aucun signe de récidive.

Nous avons demandé à M. le Docteur Bousser s'il avait suivi ce malade depuis. Il a revu ce malade tout dernièrement et celui-ci est toujours en parfaite santé. Donc, depuis *13 ans*, aucun signe de rechute. M. le Docteur Bousser nous a fait remarqué très justement que parfois on avait porté le diagnostic de maladie de Hodgkin, diagnostic clinique et histologique, alors qu'il s'agissait tout simplement d'une adénite de la maladie des griffes du chat.

Dans son cas personnel, la réaction à l'antigène des griffes du chat s'est révélée négative. Il semble que dans l'ensemble dans les différentes publications, tant à tendance clinique qu'histologique, les auteurs n'insistent pas assez sur la possibilité d'un tel diagnostic différentiel.

— *Observation de TZANCK.* — Cet auteur, en 1947, cite l'observation d'un sujet pour lequel on fait l'exérèse chirurgicale d'un ganglion unique, sans aucun autre signe clinique, ganglion qui se révèle de nature hodgkinienne à l'examen histologique. Ce malade est encore en vie 14 ans après l'exérèse.

— *Observation de HELLWIG.* — Toujours en 1947, Hellwig cite trois cas de maladie de Hodgkin isolée où le traitement chirurgical a été institué. Sur ces trois malades, deux étaient encore en vie et en bonne santé au moment de la publication des observations.

Age	*Sexe*	*Localisation unique*	*Résultats*
69	M	Adénopathie inguinale	V.B.P. 9 ans après.
37	M	Adénopathie cervicale	V.B.P. 14 ans après
30	M	Adénopathie cervicale	Mort 10 ans après de la maladie.

— *Observation de GALL.* — Gall, en 1948, publia 8 cas de maladie de Hodgkin à forme ganglionnaire traités chirurgicalement. Nous les résumons dans le tableau suivant :

Localisation unique	*Période pré-opér.*	*Période post-opér.*	*Rechutes*	*Etat*
Ggl. Inguinal G.	10 mois	19 ans	0	V.B.P.
Ggl. cervical G.	10 mois	5 ans 4 mois	?	Mort
Ggl. Submaxillaire	2 ans	3 ans	0	Mort
Ggl. cervical G.	4 ans	15 ans	Oui	V.B.P.
Ggl. axillaire G.	1 an	5 ans 5 mois	0	V.B.P.
Ggl. cervical LG.	9 mois	6 mois	Oui	Mort
Ggl. cervical LG.	8 mois	2 ans	Oui	?
Ggl. cervical LG.	4 ans	10 ans	Oui	V.B.P.

— *Observations de Jean BERNARD* (1). — Nous avons demandé au Docteur Jean Bernard ce qu'étaient devenus les cas qu'il

avait publié en 1949 : Ils sont tous les trois en bonne santé. Voici ce qu'il nous dit : « Je revois de temps en temps les sujets chez lesquels une exérèse chirurgicale a été pratiquée; jusqu'à présent, aucune rechute n'est survenue. »

Voici ces observations :

1. Pierre M..., 11 ans, est conduit à la consultation, en octobre 1938, pour adénopathie cervicale apparue depuis trois semaines. On palpe à la partie postéro-inférieure de la chaîne ganglionnaire carotidienne gauche, une masse de la taille d'une grosse noix, dure, non douloureuse, mobile sur les plans profonds et sous la peau qui est normale. Pas de fièvre, pas de prurit. L'appétit et les forces sont conservés, on ne note pas d'amaigrissement. Les autres territoires ganglionnaires sont normaux. La rate n'est ni percutable ni palpable. La cuti-réaction suivie de l'intra-dermo-réaction est négative. Une radiographie du thorax ne montre aucune anomalie, la formule sanguine donne : G.R. : 4.700.000; Hgb : 90 %; leucocytes : 10.000; polynucléaires neutrophiles : 70 %; éosinophiles : 4 %; lymphocytes : 18 %; monocytes 8 %; plaquettes : 400.000.

Le 29-10-38, on procède à l'exérèse du ganglion cervical. C'est un ganglion unique, isolé dont l'ablation est facile.

L'examen histologique montre un tissu polymorphe, avec polynucléaires neutrophiles et éosinophiles. On découvre aisément des nids de cellules de Sternberg, groupées par deux ou par trois, tout à fait typiques. Les suites opératoires sont simples; l'enfant a été revu en maintes reprises depuis. Le sujet, âgé actuellement de 28 ans 1/2 en 1956, ne montre aucune adénopathie externe ou médiastinale et jouit d'une excellente santé. *Donc, depuis 18 ans,* ce malade n'a présenté aucune rechute et peut être considéré comme guéri, du moins apparemment.

2. Robert L..., 9 ans, est vu pour la première fois le 10 avril 1941. C'est au cours d'un examen systématique qu'on découvre chez l'enfant en bon état, apyrétique, une masse ganglionnaire sus-claviculaire gauche de la taille d'une noix verte. Cette masse est mobile, très légèrement sensible aux fortes pressions,

dure, irrégulière. Cette adénopathie est le seul symptôme anormal. Les autres aires ganglionnaires sont normales, de même le médiastin et la rate. La cuti-réaction et l'intradermo-réaction sont négatives. Dans le sang on note : GR : 4.450.000; Hgb : 80 %; leucocytes : 8.000; polynucléaires neutrophiles : 71 %; éosinophiles : 4 %; lymphocytes : 11 %; plaquettes : 380.000.

Le 18-4-41, on fait l'ablation de la masse sus-claviculaire gauche. Elle est formée d'un ganglion principal de la taille d'une noix verte, au pôle supérieur duquel est accolé un petit ganglion de la taille d'un pois. Quelques minces tractus unissent la masse ganglionnaire aux tissus voisins. Par prudence on fait une extirpation large passant en tissu sain.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un granulome hodgkinien avec nombreux poynucléaires neutrophiles. Quelques éosinophiles; des lymphocytes, des cellules histiocytaires et des cellules de Sternberg typiques, isolées et assez nombreuses.

Aucun incident post-opératoire ne survient; depuis, l'enfant est resté en bon état; aucune manifestation de la série Hodgkinienne n'a été découverte. Le dernier examen datant de 1956 ne montre aucune anomalie. Donc ce sujet présente une survie de quinze ans sans aucune autre rechute.

3. Mademoiselle Lucie N..., 19 ans, a remarqué au début de mars 1943 une masse anormale de la base du cou, à droite. Cette masse s'accroît lentement pendant tout le mois. Au premier examen, le 2 avril 1943, on voit et on palpe une adénomégalie sus-claviculaire droite de la taille d'une grosse prune, ferme, légèrement sensible aux fortes pressions, mobile, n'adhérant pas à la peau qui est normale, ni aux plans profonds. Aucune autre adénomégalie; médiastin et rate sont normaux. L'état général est bon, on ne note pas de température. La cuti-réaction est négative (elle était antérieurement positive depuis 1939). L'examen du sang montre : G.R. : 4.750.000; Hgb. : 80 %; leucocytes : 10.500; neutrophiles : 79 %; éosinophiles : 3 %; basophiles : 0,5 %; monocytes, 8,5 %; grands lymphocytes : 7 %; petits lymphocytes : 2 %. La ponction ganglionnaire faite le matin de l'intervention montre de nombreu-

ses cellules de Sternberg typiques; en plus neutrophiles, éosinophiles, quelques rares lymphocytes, un plasmocyte.

Le chirurgien pratique aisément une exérèse large le 8 avril 1943. La masse ganglionnaire est en fait formée de trois ganglions, deux petits accolés à un principal.

L'examen histologique confirme la ponction ganglionnaire.

Depuis 1943, cette jeune fille se porte bien. Les cuti-réactions faites chaque année depuis 1944 sont nettement positives. Un dernier examen fait en 1956 ne montre aucune anomalie. Les aires ganglionnaires sont normales de même la rate. L'état général est excellent. Donc en parfaite santé depuis treize ans sans aucune rechute.

Jean Bernard nous signale enfin qu'il a traité également d'autres cas d'une façon identique mais où le délai post-opératoire est encore trop court pour avoir de la valeur. Il signale qu'il a enregistré un nombre importants d'échecs. Il rappelle alors pour terminer les conditions qu'il faut pour obtenir le maximum de succès et de chances de guérison.

Nous reviendrons plus tard sur ces conditions.

Observation de Payard et Beauchant. — Ces auteurs publient en 1953 le cas d'une malade opérée à Poitiers pour adénopathie cervicale strictement localisée et de nature Hodgkinienne. Six ans après l'exérèse elle jouissait d'une excellente santé. Nous leur avons demandé ce que cette malade était devenue depuis trois ans. Malheureusement, elle a été perdue de vue.

Observation de Kuentz. — Dans sa thèse en 1955, il rapporte le cas d'une femme qui subit l'exérèse chirurgicale d'un ganglion cervical droit Hodgkinien, 1 mois après sa découverte. On complète par un traitement radiothérapique. 1 an et demi après, elle était en excellente santé et ne présentait aucune récidive.

Nous croyons utile pour le lecteur de résumer les observations précédentes dans un tableau.

AUTEUR	AGE	SEXE	LOCALISATION	PERIODE PRE-OPERATOIRE	Radiothérapie POST-OPERATOIRE	EVOLUTION ULTERIEURE	Preuve hist.	Rechute
Notre thèse	76	M.	Ggl Cervical G	1 an	OUI	7 ans	OUI	NON
Viola	?	M.	Ggl axillaire	18 jours	NON	15 ans	OUI	NON
Storti	18	F.	Ggl sus-Cl. G	?	NON	5 ans	OUI	NON
Storti	34	M.	Ggl Ingu. G	?	NON	4 ans	OUI	NON
Goia	18	F.	Ggl S-Cl. G	?	NON	5 ans	OUI	NON
Graver (5 cas)	?	?	?	?	NON	5 ans	?	NON
Bousser	?	M.	Ggl unique	?	NON	13 ans	OUI	NON
Tzanck	?	M.	Ggl unique	?	NON	14 ans	OUI	NON
Helwig	69	M.	Ggl inguinal	?	?	9 ans	OUI	NON
Helwig	37	M.	Ggl cervical	?	?	14 ans	OUI	NON
Helwig	30	M.	Ggl cervical	?	?	10 ans Mort	OUI	OUI
Gall	?	?	Ggl inguinal	10 mois	?	19 ans	OUI	NON
Gall	?	?	Ggl cervical	10 mois	?	5 ans - 4 mois Mort	OUI	OUI
Gall	?	?	Ggl sub-maxil.	2 ans	?	3 ans Mort	OUI	NON
Gall	?	?	Ggl cervical	4 ans	?	15 ans	OUI	OUI
Gall	?	?	Ggl axillaire	1 an	?	5 ans - 5 mois	OUI	NON
Gall	?	?	Ggl cervical	9 mois	?	6 mois Mort	OUI	OUI
Gall	?	?	Ggl cervical	8 mois	?	2 ans et ?	OUI	OUI
Gall	?	?	Ggl cervical	4 ans	?	10 ans	OUI	OUI
Bernard	11	M.	Ggl cervical	3 semaines	NON	18 ans	OUI	NON
Bernard	9	M.	Ggl sus-clavicul.	?	NON	15 ans	OUI	NON
Bernard	19	F.	Ggl sus-clavicul.	1 mois	NON	13 ans	OUI	NON
Payard	?	F.	Ggl cervical	?	?	3 ans	OUI	NON
Kuentz	?	F.	Ggl cervical	1 mois	OUI	1 an 1/2	OUI	NON

Nous avons donc pu réunir 28 cas de maladie de Hodgkin identiques à notre cas. Ces 28 cas se divisent ainsi :

— 4 morts certaines après un délai opératoire allant de 10 ans à 6 mois.

— 2 malades qui ont été rapidement perdus de vue après 2 ans et 1 an et demi.

— Enfin, 22 malades qui ont pu être suivis après des délais assez importants.

— 10 cas de survie de plus de 10 ans dont une va jusqu'à 19 ans; sur ces 10 cas on trouve 2 cas de rechute dont l'un après 15 ans.

— Il reste donc 8 cas pour lesquels on peut penser ou du moins espérer une guérison définitive. Nous y reviendrons.

Mais le traitement chirurgical ne doit pas uniquement se limiter à faire l'ablation d'un ganglion isolé; il est d'autres formes de maladie de Hodgkin qui peuvent bénéficier de la chirurgie. Nous allons maintenant en citer quelques cas.

Autres cas de maladie de Hodgkin traités chirurgicalement :

Formes localisées cutanées :

— *Observation de Favre et Croizat.* — Favre et Croizat de Lyon, en 1931, rapportent le cas d'un pharmacien qui, après s'être piqué au creux poplité avec une épine voit se développer une tumeur cutanée, quelques temps après, grosse comme une noisette qui finit par s'ulcérer. On fait l'ablation en masse de cette tumeur; l'examen histologique révèle un granulome malin, et 20 ans après le pharmacien ne présentait aucune trace de récidive, ni de généralisation.

— *Observation de Gadrat.* — Il s'agit d'une femme de 34 ans qui avait présenté, en 1943-1944, deux petits nodules cutanés, dont l'examen histologique après extirpation au bistouri révéla la nature Hodgkinienne typique. Aucune récidive ne s'étant produite 3 ans après l'exérèse au moment de la publication de l'observation,

Monsieur le Professeur Gadrat à qui nous avons demandé quel avait été l'avenir de cette malade, nous a répondu que la malade très indocile n'avait pu être suivie que jusqu'en 1950. A cette date elle était en parfaite santé apparente sans aucun signe de récidive depuis déjà six ans.

— *Observation de Hellwig.* — Hellwig publia ce cas en 1947. Il s'agit d'un homme de 27 ans qui présenta au niveau de l'épaule un petit nodule dont on fit l'exérèse. L'examen histologique révéla sa nature Hodgkinienne. Treize ans après le sujet était en parfaite santé apparente et n'avait présenté aucun signe de rechute.

Résumons ces trois observations dans un tableau :

AUTEUR	AGE	SEXE	LOCALISATION	PERIODE PRE-OPERATOIRE
Favre	?	M.	Creux poplite	?
Gadrat	34	F.	2 Nodules	?
Helwig	27	M.	Peau épaule	?

AUTEUR	Radiothérapie POST-OPERATOIRE	EVOLUTION ULTERIEURE	PREUVE HISTOL.	Rechute
Favre	NON	20 ans	OUI	NON
Gadrat	NON	6 ans	OUI	NON
Helwig	NON	13 ans	OUI	NON

Donc ici nous avons trois cas. Deux de ces cas ont plus de dix ans de survie sans rechute, et l'un arrive jusqu'à 20 ans. Nous connaissons la difficulté d'un diagnostic de maladie de Hodgkin au niveau de la peau, mais enfin elle existe, et nous avons ici trois cas dont les coupes histologiques ont été vues plusieurs fois par les auteurs, auxquels ont avait reproché de ne pas avoir pensé à un granulome éosinophile possible. Nous savons qu'un doute peut cependant persister, mais puisqu'il y a doute les deux éventualités sont donc possibles et la maladie de Hodgkin ne peut être écartée sous prétexte que les malades ont présenté une longue période post-opératoire sans rechute et étaient toujours en excellente santé au moment de la publication de ces observations.

Formes localisées viscérales :

— *Formes digestives.* — Ces formes se présentent souvent sous un aspect différent des formes précédentes. En effet, le diagnostic est le plus souvent loin d'être soupçonné; le malade vient consulter pour des signes digestifs banaux, évoquant, à première vue, le diagnostic d'ulcère ou de cancer. On ne pense pas à la maladie de Hodgkin, la radiographie et autres examens complémentaires, achevant de dérouter le diagnostic vers une étiologie toute différente. C'est donc le plus souvent un diagnostic post-opératoire que l'on fait avec l'aide de l'anatomo-pathologiste qui doit être compétent et expérimenté, car les erreurs de diagnostic dans ces formes digestives Hodgkiniennes sont fréquentes.

La lymphogranulomatose du tube digestif est assez rare. Un fait qui semble la caractériser, est qu'elle semble évoluer pendant longtemps sur le plan local et ne donner que très rarement une généralisation. On voit tout de suite, ici, le grand intérêt du traitement chirurgical. Beaucoup d'auteurs ont déjà insisté sur ce point notamment Buffard. Dans les cas que nous allons citer plus bas, nous n'avons retenu que ceux qui présentaient un diagnostic histologique indiscutable, et, pour lesquels le traitement chirurgical a été total et non un traitement partiel complété par d'autres thérapeutiques.

— *Formes gastriques :*

— *Cas de Vasiliu (1929).* — Il s'agit d'une étudiante en médecine de 22 ans, dans les antécédents de laquelle on ne relève rien de notable. Lors de son entrée en clinique le 18 juillet 1926, elle présentait des douleurs gastriques datant de trois ans; inappétence marquée et douleur au niveau de l'épigastre 1 heure et demie après les repas. Les douleurs bien précises au niveau de l'appendice xyphoïde, n'irradiant pas, étaient accompagnées de salivation et de vomissements. Les douleurs survenaient aussi pendant la nuit et le matin à jeun, puis elles se calmaient après l'ingestion d'aliments. On porte alors le diagnostic d'ulcère de l'estomac et l'on prescrit un régime; les douleurs malgré le traitement, deviennent de plus en plus violentes. On décide alors l'hospitalisation. On pratique des examens radiologiques qui donnent les résultats suivants : Estomac amputé situé sous l'ombilic; la portion pylorique manque complètement, on ne peut la mettre en évidence ni par la pression manuelle ni dans le décubitus latéral droit. Dans la station verticale, on observe dans la petite courbure une niche atypique. Pas d'évacuation après deux heures et demi; l'estomac a la forme d'un crochet avec faible tonicité. Le péristltisme est moins fort, le bulbe bien dessiné. Après huit heures il reste dans l'estomac la moitié du repas opaque. Après 48 heures un résidu linéaire. On pense alors à un ulcéro-cancer. Pas d'adénopathie, pas de rate.

On opère le 31 juillet; résection qui s'étend jusqu'à deux centimètres au-delà du pylore; extirpation des ganglions de la petite courbure dont l'un est de la grosseur d'une noix. L'examen histologique répond : Lymphogranulomatose maligne. Les suites opératoires sont normales. Revue par Goia en 1932 qui note : malade en bonne santé qui a engraissé de 3 kgs. Pour consolider le résultat obtenu par l'opération on a fait 6 séances de radiothérapie sur la région épigastrique. Donc malade toujours en vie et en excellente santé 9 ans après l'apparition des premiers symptômes gastriques.

— *Cas de Thompson et Howells (1935).* — Homme de 42 ans, admis à l'hôpital en juin 1920. Le malade se portait bien habituellement. Depuis 4 mois, il se plaint d'une douleur épigastrique

survenant deux heures après le repas et calmée par l'ingestion alimentaire.

Amaigrissement, bon appétit, pas de vomissements, pas d'hématémèse, pas de moelena. A l'examen on note : homme en bonne santé apparente. Pas de fièvre, par d'adénopathie. Palpation abdominale, pas de rate.

B.W. négatif. Chimisme : CLH/0,15; acidité totale : 63.

Radiologie : On note un spasme sur la petite courbure au niveau du pylore. Sur celle-ci, à mi-chemin entre le cardia et le pylore, il y a une image évidente d'ulcère pénétrant. Deux heures après l'ingestion de baryte il reste une petite quantité de bouillie dans l'estomac, et l'image ulcéreuse est toujours nette.

Lors de l'opération on note un large ulcère adhérent au pancréas; il siège sur la petite courbure et sur la face postérieure de l'estomac à moitié chemin entre le cardia et le pylore. Il existe plusieurs ganglions hypertrophiés dont on fait l'ablation, dans le méso-colon, le grand et le petit épiploon.

L'examen histologique nous apprend qu'il s'agit de l'ulcération d'un territoire lymphogranulomateux typique.

Quatorze ans après l'intervention chirurgicale, le malade entre de nouveau à l'hôpital pour subir un examen complet; il n'a présenté pendant ces 14 ans qu'une période douloureuse et dyspeptique ayant rapidement cédé au traitement médical. L'examen est entièrement négatif. Le chimisme montre une hyperchlorydrie et la radiologie un estomac de gastrectomie fonctionnant normalement.

— *Cas de Rimbaud (1936).* — Jeune homme de 33 ans qui entre à l'hôpital, en août 1934 pour des vomissements alimentaires postprandiaux se produisant quotidiennement depuis 5 mois. Ils sont précédés de douleurs variées; tantôt simple pesanteur avec ballonnement épigastrique, tantôt violentes douleurs à type de brûlures, irradiant du creux épigastrique au cou et obligeant le malade à garder la tête en hyperextension. Ces douleurs ne sont pas influencées par l'ingestion alimentaire. Amaigrissement de 5 kilos en 6 mois; l'asthénie a obligé le malade à interrompre son activité professionnelle.

L'examen est entièrement négatif. Pas de rate, pas d'adénopathie. L'examen radiologique montre que le remplissage de l'estomac s'effectue normalement. Dès les premières gorgées de baryte il commence à s'évacuer, bien que les contractions soient très faibles et ne paraissent pas se poursuivre jusqu'à l'antre pylorique. Le bulbe duodénal se trouve dans le prolongement de ce dernier. Cette déformation rappelle la limite plastique. La radioscopie montre que les parois de la petite courbure dans la région de l'antre sont un peu irrégulières. Radiologiquement on peut penser à un néoplasme, mais les signes ne sont pas assez nets pour pouvoir l'affirmer. L'exploration barytée de l'intestin montre des boucles anormales au niveau de l'angle hépatique.

L'état du malade s'altère progressivement, et l'intolérance gastrique est presque totale.

B.W. : négatif. La N.F. donne : G.R. : 4.000.000; G.B. : 7.200; neutrophiles : 82 %; éosinophiles : 2 %; grands monocytes : zéro; lymphocytes : 9 %.

L'opération montre un estomac qui n'est pas distendu; sur sa face antérieure dans la région pylorique, on trouve une tumeur du volume d'un œuf, de consistance assez élastique qui paraît se développer surtout du côté de la lumière gastrique. La surface péritonéale est nacrée et présente en son centre une cicatrice étoilée qui fait penser à un ulcère calleux. Le long de la grande courbure, depuis le pylore jusqu'au cardia, il existe une chaîne de ganglions dont certains ont la dimension d'une noisette. On fait une gastrectomie partielle avec curage ganglionnaire. Les suites immédiates sont parfaites et 1 an après le malade est toujours en bonne santé apparente. Monsieur le Professeur Rimbaud consulté n'a pu nous dire ce qu'était devenu ce malade qu'il a perdu de vue.

— *Cas d'Etienne et Lapeyrie (1937).* — Enfant de 10 ans qui entre à l'hôpital en juin 1935 pour sténose pylorique. Les troubles ont commencé il y a six mois environ. Ils consistent essentiellement en des vomissements irréguliers, en une atteinte assez importante de l'état général, et en la présence d'une tumeur abdominale

qui s'est déplacée dans l'intervalle de deux examens. On porte successivement le diagnostic de péritonite bacillaire, puis celui d'affection rénale en raison de l'albuminurie, jusqu'à ce que l'on fasse un examen radiologique digestif qui montre des signes évidents de sténose pylorique.

On opère en juillet 1935. La région pylorique est occupée par une tumeur du volume d'une mandarine sur laquelle on voit en saillie un bourgeon tumoral gros comme une chataîgne. Elle est lisse, à contours bien limités, sans vascularisation exagérée. En raison de l'état précaire du malade, on se contente de faire une gastro-entérostomie. Malgré des suites immédiates un peu troublées (syndrome toxique, peut-être urémique) l'état de l'enfant s'améliore rapidement et il prend 6 kgs. en peu de temps. On décide alors de pratiquer une pylorectomie secondaire. On intervient à nouveau en août 1935 : La tumeur paraît avoir augmenté de volume, et le bourgeon tumoral est nettement plus saillant. Il n'existe seulement qu'un ganglion sous-pylorique. Pylorectomie et ablation du ganglion.

A l'histologie on note : Aucune trace de néoplasie épithéliale; par contre lésions inflammatoires pseudo-tumorales avec éosinophilie très marquée. Il s'agit d'un procéssus de granulomatose typique. Les suites opératoires sont normales; en novembre 1935, on a bien découvert un très petit ganglion inguinal au cours d'un examen minutieux mais son examen histologique ne montrait que des signes discrets d'inflammation chronique. Donc depuis 22 mois, date de son opération le malade est en parfaite santé.

— *Cas de Madding (1933)* — 1. Il s'agit d'un homme de 62 ans, présentant une température à 97 F. Il accuse depuis 4 semaines une douleur épigastrique nocturne, calmée par l'ingestion alimentaire. Amaigrissement de 12 kgs. On perçoit à la partie supérieure gauche de l'épigastre une masse tumorale. La numération formule montre : G.R. : 4.250.000; G.B. : 10.300.

Le chimisme est normal.

Pas d'adénopathie, pas de rate, pas de prurit.

Lors de l'intervention les ganglions voisins de l'estomac sont

hypertrophiés. On en pratique la résection.

L'étude histologique des ganglions montre qu'il s'agit d'une lymphogranulomatose maligne.

Les suites opératoires sont normales, et le malade est toujours en vie 6 ans après l'intervention sans aucune trace de récidive.

2. Homme de 54 ans, présentant une température à 97,6 F. Il accuse depuis 2 ans, des douleurs épigastriques post-prandiales qui évoluent par périodes. Depuis deux mois les douleurs sont constantes. L'amaigrissement est d'une dizaine de kilos.

La N.F. montre : GR. : 3.980.000; G.B. : 6.600.

Chimisme : Achlorydrie.

Opération : Gastrectomie totale; il n'y a pas d'hypertrophie ganglionnaire décelable.

Le malade meurt 5 jours après l'opération, de pneumonie.

3. Il s'agit d'un homme de 47 ans qui présente une température à 98 F. Il accuse depuis 4 ans des douleurs épigastriques périodiques. Celles-ci sont constantes depuis 1 an et demi; on note un amaigrissements de 7 kgs.

La N.F. : G.R. : 4.800.000; G.B. : 6.100.

Le chimisme est normal. Rien par ailleurs.

Lors de l'intervention on note que les ganglions du voisinage sont hypertrophiés. On pratique une résection partielle. L'examen histologique affirme la maladie de Hodgkin.

Les suites opératoires sont normales, et le malade est en vie 8 ans après l'intervention chirurgicale.

4. Homme de 38 ans qui présente une température à 38,3 F. Il accuse depuis 8 mois des douleurs de type ulcéreux. Il n'a pas maigri et est un habitué des migraines.

La N.F. : G.R. : 4.260.000; G.B. : 4.800.

L'examen clinique ne montre rien par ailleurs. L'opération montre que les ganglions périgastriques sont normaux. On se contente de faire une ample excision de l'ulcère. L'examen histologique répond maladie de Hodgkin. Le malade est en bonne santé 6 ans après l'intervention.

— *Cas De Thune (1939).* — 1. Il s'agit d'un homme de 64 ans

qui présente des symptômes dyspeptiques. Le chimisme montre une légère hypochlorydrie. Rien à l'examen somatique. La radioscopie, montre au niveau de l'estomac, une infiltration et un processus sténosant de la partie inférieure de l'estomac. A l'intervention pas de ganglions hypertrophiés.

On pratique une résection subtotale.

Le diagnostic histologique est celui de lymphogranulomatose.

Le malade est bien portant 9 ans après l'intervention.

— *Cas de Lanos, Rendu, et Coirre (1942).* — Malade de 33 ans qui présente, en septembre 1939 des hématémèses répétées, peu abondantes, suivies de moelena. A l'examen on note un empatement douloureux de la partie gauche de la région épigastrique et les signes radiologiques sont en faveur d'une infiltration de la partie verticale de la petite courbure, dont il est difficile de préciser l'étiologie. On pense à la syphilis et le B.W. est positif (la malade est traitée régulièrement depuis 4 ans). Devant la persistance des hémorragies on se décide à intervenir. On intervient en novembre 1939. La faux de la coronaire présente de grosses adénopathies ce qui rend la gastrectomie subtotale un peu délicate. Ablation des ganglions. L'examen histologique répond qu'il s'agit indiscutablement d'une maladie de Hodgkin. En bonne santé 1 an après.

— *Cas de Luxardo (1943).* — Il s'agit d'une Espagnole de 37 ans qui ressent depuis 5 ans, des douleurs de l'hypochondre droit, accompagnées de nausées et de quelques vomissements. Pour cette raison elle a été opérée de l'appendice. Mais les troubles ne se sont pas amendés, et, depuis quelques temps, est apparue une tumeur épigastrique.

L'examen montre une malade cachectique et on palpe dans la zone pancréatico-cholédocienne une tumeur élastique pas très dure, lisse. Légère hépatomégalie. Tous les autres examens sont normaux sauf le B.W. qui est positif. L'examen radiologique montre une tumeur de l'antre, acompagnée d'une certaine dilatation gastrique. A l'intervention l'estomac paraît dilaté et l'on aperçoit sur la petite courbure, au niveau de l'antre une tumeur irrégulière, grisâtre, entourée de nodules durs. Il y a dans le petit épiploon une

chaîne de ganglions indurés. On enlève estomac et ganglions. L'examen histologique de la pièce et des ganglions permet d'affirmer la maladie de Hodgklin.

La malade est revue en excellente santé 3 ans après.

— *Cas de Brwne (1946).* — Femme de 64 ans, admise à l'hôpital en juin 1945. Elle se plaint depuis trois ans, d'une douleur épigastrique localisée post-prandiale, à type de brûlure, calmée par de fréquentes collations. Il existe en plus une minime dysphalgie. Dans les antécédents il faut noter une hypertension artérielle.

L'examen clinique est entièrement négatif. Une radiographie pulmonaire montre des poumons et un médiastin normaux.

Au niveau de l'estomac, sur le cardia, il existe une lésion étendue du type lacunaire; en ce point le péristaltisme est faible, mais incontestable. On soulève par expérience cette fois-ci le diagnostic de lymphogranulomatose. A l'intervention on fait une gastrectomie subtotale étendue. Il n'y a pas d'adénopathie ni d'autre atteinte digestive évidente. L'histologie affirme la nature Hodgkinienne de la lésion.

— *Forme intestinale :* Nous avons retrouvé un cas.

— *Cas de Bruneton.* — Cet auteur signale le cas d'une malade porteur d'une tumeur jéjunale acompagnée d'adénopathies profondes localisées. L'exérèse des ganglions et des lésions en bloc entraîne une guérison qui persistait 3 ans après au moment de la publication de cette observation.

Nous avons demandé à Monsieur le Docteur Bruneton ce que cette malade était devenue. Elle a été revue le 21 septembre 1956, 12 ans après l'intervention d'urgence. Elle ne présente actuellement aucun signe de récidive ni abdominal, ni ganglionnaire, ni médiastinal. Il est à remarquer ques les coupes histologiques ont été revues plusieurs fois par le Professeur Delarue qui a confirmé le diagnostic de lymphogranulomatose maligne.

Nous avons donc rapporté ici 14 cas de forces viscérales primitives de la maladie de Hodgkin. Dans un seul cas le diagnostic avait été pré-opératoire. Nous allons ici aussi faire un petit tableau résumant ces 14 cas.

AUTEUR	AGE	SEXE	LOCALISATION	PERIODE PRE-OPERATOIRE	Radiothérapie POST-OPERATOIRE	EVOLUTION ULTERIEURE	Preuve hist.	Rechute
Vasiliu	22	F.	Gastrique	3 ans	OUI	9 ans	OUI	NON
Thompson	42	M.	Gastrique	4 mois	?	14 ans	OUI	NON
Rimbaud	33	M.	Gastrique	5 mois	?	1 an	OUI	NON
Etienne	10	M.	Gastrique	6 mois	NON	22 mois	OUI	NON
Madding	62	M.	Gastrique	4 semaines	NON	6 ans	OUI	NON
Madding	54	M.	Gastrique	2 ans	NON	Mort immédiate	OUI	NON
Madding	47	M.	Gastrique	4 ans	NON	8 ans	OUI	NON
Madding	38	M	Gastrique	8 mois	NON	6 ans	OUI	NON
Thune	64	M	Gastrique	?	NON	9 ans	OUI	NON
Thune	43	M.	Gastrique	?	NON	6 mois	OUI	NON
Lanos	33	F.	Gastrique	?	NON	1 an	OUI	NON
Luxardo	37	F.	Gastrique	5 ans	NON	3 ans	OUI	NON
Browne	64	F.	Gastrique	3 ans	NON	10 mois	OUI	NON
Bruneton	?	M.	Jejunale	?	NON	12 ans	OUI	NON

— Nous avons donc 14 cas de maladies de Hodgkin digestives. Sur ces 14 cas on ne note aucune rechute. On remarque 1 seule mort.

— 2 cas ont plus de 10 ans.

— 5 cas ont plus de 5 ans.

— 6 cas ont moins de 5 ans.

Formes osseuses. — Nous en avons un cas recueilli dans le service de M. le Docteur Saric. Nous ne faisons ici que le signaler car nous en reparlerons dans le traitement radiothérapique.

Formes médiastinales et pulmonaires. — L'intervention dans les formes médiastinales primitives commence juste à entrer dans le domaine courant. Cela est dû aux progrès de la chirurgie thoracique au cours de ces dernières années. Peu d'observations ont encore vu le jour et pour beaucoup d'entre elles nous manquons d'un recul suffisant. Sauvage, sur 3 exérèses suivies de radiothérapie rapporte un cas avec un recul de 3 ans. Salzmann ayant pratiqué 5 thoracotomies, sur des localisations médiestinales, rapporte un cas pour lequel on a fait suvre le traitement chirurgical par un traitement radiothérapique et qui était toujours en vie et bien portant 17 ans après l'exérèse. Personnellement nous avons deux cas de formes médiastinales primitives de maladies de Hodgkin traitées chirurgicalement, communiquées aimablement par Monsieur le Docteur Eschapasse de Toulouse. Pour la première, nous n'avons évidemment qu'un recul de 6 mois; pour la deuxième, le recul est plus important puisqu'il atteint 10 mois. Nous ne citons d'ailleurs ces deux observations non pour leurs délais post-opératoires qui sont trop courts, mais comme deux observations qui méritent de retenir l'attention par les possibilités qu'elles dévoilent.

Voici ces deux observations :

Premier cas. — Madame Marguerite G..., 27 ans, habitant aux environs de Villeneuve-sur-Lot, présente en novembre 1955, des douleurs localisées à gauche : cou, épaule, région thoracique supéro-antérieure. La toux est rare, non quinteuse, sans expectoration. Aucun signe général

On institue un traitement à la phénylbutazone (1 boîte de suppositoires) qui atténue les douleurs.

De décembre 1955 à janvier 1956, la malade présente quelques crachats « roses », une augmentation de la toux, et les mêmes douleurs scapulaires gauches. Aucun signe général si ce n'est un amaigrissement de 2 kgs. Le 20 janvier 1956, on pratique une radiographie (Docteur Buy) qui montre une image ronde parahilaire gauche. On ne pratique pas de cuti-réaction mais devant l'image radiologique et la température à 37/38o, on pense à une primo-infection. La recherche du B.K. est négative. On prescrit alors 5 semaines de repos, 1 mois de Rimifon (4 comprimés par jour) et de l'Optalidon ou de l'Aspirine pour les douleurs. La malade reprend 1 kg. A la fin de février 1956, elle crache rouge pendant 24 heures. On arrête l'isionazide.

Le 1er mars 1956, nouvelle radiographie qui montre l'augmentation de l'opacité. La malade est adressée à Monsieur le Professeur Reboul, en consultation. Une bronchoscopie est pratiquée par Monsieur le Docteur Secousse; elle montre une tumeur bourgeonnante obstruant la bronche ventrale supérieure .Aucune biopsie n'a pu être faite et l'aspiration cellulaire a été négative.

Le docteur Eschapasse, voit la malade pour la première fois le 9 février 1956; dans ses antécédents, il ne relève rien de particulier. La malade a une fille de 3 ans.

Elle est pâle et d'aspect frêle, mais son poids est sensiblement stable (44 kgs.).

Du point de vue thermique, température à 37/37o3.

Comme signes fonctionnels, on note :

— Des douleurs cervicales avec irradiation vers l'épaule et le bras gauche moins fortes qu'au début, survenant principalement dans l'après-midi.

— Une toux fréquente mais non quinteuse ramenant une expectoration purulente brunâtre.

— Une dyspnée facile.

Il y a en outre une asthénie marquée et une sudation facile. Pas de prurit. L'examen somatique est entièrement négatif. On ne perçoit aucune adénopathie. Rien de spécial au toucher vaginal. E.C.G. : Normal. La bacilloscopie est négative à 4 reprises.

N.F. : G.R. : 4.080.000; G.B. : 14.200; polynucléaires neutrophiles : 77 %; éosinophiles : 6 %; monocytes : 6 %; lymphocytes : 11 %.

Bilan radiologique : Sur les radios, en mars 1956, on constate la présence d'une masse arrondie, assez bien limitée, dense et homogène, située en regard de l'artère pulmonaire gauche sous la crosse aortique, se prolongeant vers le haut par une opacité qui dépasse le bord de la crosse. Sur les tomographies cette masse est visible sur les coupes antérieures. Le profil ne permet pas de bien la situer : elle est cependant antérieure (médiastin supéro-antérieur). Il n'existe aucun trouble de la ventilation.

Diagnostic : En raison de la bronchoscopie, on porte le diagnostic de cancer bronchique probable. Le contexte clinique n'étant pas concordant on décide de prévoir une biopsie extemporanée au cours de la thoracotomie qui est formellement indiquée.

La thoracotomie intercostale gauche dans le cinquième espace est pratiquée le 15 mars 1956 par Monsieur le Docteur Eschapasse. On trouve une tumeur dure, envahissante située dans le médiastin antérieur, au niveau des étages moyen et supérieur. Cette tumeur a envahi les segments ventraux du lobe supérieur gauche ainsi que le péricarde sur une large surface .Deux biopsies extemporanées (Docteur G. Moreau) permet de trouver des cellules géantes qui évoquent le diagnostic de maladie de Hodgkin.

Dans ces conditions, on pratique une exérèse sur le lobe supérieur envahi sur sa périphérie, la masse tumorale et le péricarde sur toute sa face antéro-externe. Un vaste lambeau péricardique est ainsi réséqué en « bloc » avec

la tumeur et le lobe. On aura de grandes difficultés de dissection de la tumeur en regard de la veine inominée gauche dont l'adventice est adhérent. Après ablation de la pièce, la résection tumorale paraît assez complète du point de vue macroscopique. A noter que le phrénique gauche a été sectionné et enlevé sur une longueur importante, car il a été englobé par la tumeur. Les suites opératoires sont bonnes du point de vue fonctionnel. On note cependant un épanchement qui sera ponctionné à trois reprises après ablation du drain et une réexpansion complète mais insuffisante, pour combler l'extrême apex de l'hémithorax.

Le lever a lieu à la 48e heure. La défervescence est complète le 10e jour. L'asthénie et l'anorexie ainsi que l'insomnie persistent de façon anormalement longue.

La malade sort le 3 avril 1956.

Depuis 6 mois, la malade est bien portante, sans aucun signe de rechute.

Deuxième cas. — Il s'agit de Mlle V..., infirmière, âgée de 26 ans, qui est en bonne santé jusqu'en août 1949, où elle a une pleurésie séro-fibrineuse gauche (ponction exploratrice faite). Elle reste 68 jours au lit sans antibiotiques.

En mars 1955, elle a une sinusite. En même temps, fatigue et douleur parasternale gauche intermittente, insomnie (optalidon ou lamaline). Elle consulte le dispensaire qui fait pratiquer une radiographie. On découvre alors une opacité arrondie para-aortique gauche, dense, grossissant légèrement en quelques mois. En avril et mai, les douleurs pleurales avec toux sèche intermittente sans quinte, apparaissent. La fatigue persiste. Ni sueurs, ni prurit.

En septembre 1955, douleur plus importante para-sternale gauche. Devant la persistance de l'image et sa majoration, on décide de pratiquer une bronchoscopie, qui est strictement normale.

Dans ces conditions, une thoracotomie est décidée avec le diagnostic de tumeur du médiastin de nature indéterminée. Un Hodgkin est évoqué, mais rien ne permet de l'affirmer. Le siège de l'image est cependant en sa faveur.

Bilan pré-opératoire. — Les signes fonctionnels sont minimes, l'asthénie domine. Les signes physiques sont nuls.

La N.F. : G.R. : 5.100.000; G.B. : 9.000; polynucléaires neutrophiles : 59 %; éosinophiles : 1 %; lymphocytes : 18 %; moyens monocytes : 11 %; monocytes : 11 %; Hb : 103 %; V.S. : 1 H. : 6 m/m.; 2 H. : 14 m/m.; 24 H. : 75 m/m.

La thoracotomie gauche est pratiquée le 26 septembre 1955. On résèque une tumeur de 110 gr. du médiastin antérieur et moyen, très difficile à cliver du tronc veineux inomine gauche qui est envahi. On doit faire à ce niveau une section sur clamp avec suture latérale du vaisseau.

Les suites opératoires immédiates sont simples. Epanchement pleural assez important qui nécessite trois ponctions. Défervescence rapide. La malade sort le 19e jour après l'opération.

Les suites tardives sont également excellentes. La malade reprend 6 kilos en deux mois. L'image radiologique pulmonaire est normale. La malade est revue en juillet 1956. Elle est en excellent état local et général. Elle a repris une vie normale. L'examen est entièrement négatif.

L'examen histopathologique fait par M. le Docteur Moreau est affirmatif. Il s'agit d'une maladie de Hodgkin typique. Prolifération réticulaire diffuse avec nombreuses cellules de Sternberg. Granulomatose polymorphe riche en plasmocytes. Sclérose dense à la périphérie des foyers lymphogranulomateux.

Donc, cette malade, depuis la publication de l'obser-

vation, est en excellente santé apparente depuis 10 mois, sans aucun signe de rechute.

Ces deux observations, comme nous l'avons déjà dit, ont évidemment l'inconvénient d'avoir des délais post-opératoires fort courts qui ne permettent pas d'affirmer une guérison définitive. Nous les avons publié pour l'intérêt que presente les conclusions de M. le Docteur Eschapasse, que nous preférons donner immédiatement plutôt que dans la discussion ultérieure. D'après M. le Docteur Eschapasse :

— Devant une tumeur du médiastin qui n'a pas fait la preuve de sa nature exacte, une thoracotomie s'impose étant donné sa bénignité;

— Elle sera faite sous le contrôle d'une biopsie extemporanée;

— Une tumeur du médiastin antéro-superieur doit faire penser à un Hodgkin, même en l'absence de tout autre signe clinique ou hématologique ou ganglionnaire;

— Tout ganglion même « banal », doit être biopsié lorsqu'il existe une tumeur médiastinale ou thoracique.

— La tumeur hodgkinienne « tient » souvent aux veines, ce qui rendra son exérèse difficile;

— Lorsque le diagnostic de la maladie de Hodgkin est fait en cours d'intervention, il *faut faire l'exérèse* de la tumeur, car il ne semble pas qu'il y ait grand risque de « poussée évolutive » secondaire. On économisera ainsi la radiothérapie, qui sera réservée pour une poussée ultérieure.

— Enfin, pour juger de la valeur du traitement chirurgical, *qui doit rester exceptionnel* et fortuit il faut attendre plusieurs années.

Pour terminer ces formes thoraciques, nous allons évoquer ici un cas de maladie de Hodgkin pulmonaire primitive, ce qui nous paraît être assez rare. Nous la citons également pour la tentative chirurgicale qui a été faite, mais malheureusement, a été vouée à l'échec.

Il s'agit d'une femme de 27 ans, C. B..., qui, jusqu'en 1952, est en parfaite santé. En 1953, elle présente des

petits vomissements assez fréquents. On décide alors de pratiquer une appendicectomie qui les calme quelque temps.

En 1954, lors d'une radioscopie systématique, on découvre une masse volumineuse du sommet pulmonaire droit. Des radioscopies pratiquées en 1953 n'avaient rien montré d'anormal. On décide alors quelques examens complémentaires qui montrent : V.S. : 53 m/m. en 1 heure; urée : 0,25; quelques traces d'albumine dans les urines; la N.F. : G.R. : 4.640.000; G.B. : 30.000; polynucléaires neutrophiles : 86 %; éosinophiles : 0; basophiles : 0 %; monocytes : 7 %; lymphocytes : 7 %.

On évoque toutes sortes de diagnostic et notamment celui de cancer bronchique, mais on ne pense pas à une maladie de Hodgkin. M. le Docteur Daumet, chez qui la malade est hospitalisée, décide une intervention d'exploration. Cette intervention, pratiquée en mai 1954, se termine par l'ablation totale du poumon droit. La pièce envoyée à l'histologiste. La réponse est catégorique : « Il s'agit incontestablement d'une maladie de Hodgkin à forme intra-pulmonaire. »

L'examen des autres territoires ganglionnaires, de la rate est absolument négatif. On décide alors de faire une série de séances de radiothérapie post-opératoire sur la région médiastinale.

Depuis 1954, la malade n'a jamais été bien. Les vomissements ont radicalement disparu, mais la malade reste fatiguée.

Cependant, pendant un an, on ne note rien de particulier. En avril 1955, aparaissent un ganglion axillaire droit, puis, quelques mois après, des ganglions sus-claviculaires droits. La fièvre apparaît en même temps que ces ganglions; c'est une fièvre ondulante assez élevée. Enfin, un prurit léger apparaît.

La malade est alors hospitalisée dans le service de M. le Docteur Saric, à Bordeaux, le 28 juillet 1956.

A l'examen, on trouve une femme pâle, fatiguée, en pleine poussée thermique, se plaignant d'un prurit tenace, surtout marqué au niveau de l'hémithorax droit.

On note un paquet ganglionnaire axillaire droit de peu de volume (à remarquer que ces ganglions grossissaient de temps en temps), assez fibreux, avec travées entre les ganglions. On note aussi une adénopathie susclaviculaire droite dure; les autres territoires ganglionnaires semblent indemnes, on ne note pas de rate.

Enfin, sur le bord axillaire du thorax droit au niveau de la cicatrice, on remarque une infiltration cutanée non douloureuse, violacée, paraissant indépendante du plan osseux. On pense à une infiltration hodgkinienne qui progresse.

Actuellement, il n'est plus question évidemment d'envisager pour cette malade le traitement chirurgical qui, malgré une tentative (alors que l'on ignorait le véritable diagnostic) n'a pas empêché une rechute un an après.

Ici aussi, nous allons faire un tableau résumant les formes médiastinales et pulmonaires que nous avons relevé plus haut.

Sur cinq cas, nous avons :

— Un cas de plus de 15 ans (celui de Salzmann).

— Un cas de trois ans de survie (celui de Sauvage).

— Deux cas de moins de un an.

— Enfin, un cas de rechute sérieuse au bout de un an,

AUTEUR	AGE	SEXE	PERIODE PRE-OPERATOIRE	Radiothérapie POST-OPERATOIRE	EVOLUTION ULTERIEURE	Preuve hist.	Rechute
Sauvage	?	?	?	OUI	3 ans	OUI	NON
Salzmann	?	?	?	OUI	17 ans	OUI	NON
Eschapasse	27	F.	4 mois	NON	6 mois	OUI	NON
Eschapasse	26	F.	6 mois	NON	10 mois	OUI	NON
Notre thèse	27	F.	2 mois	OUI	1 an	OUI	oui au bout de 1 an

Pour terminer ces formes localisées de la maladie de Hodgkin traitées chirurgicalement, il nous reste à parler d'une forme rare, **la forme uniquement splénique.** Les publications sont peu nombreuses. La première observation remonte semble-t-il à Mondon et Couet, en 1919. Puis Lévy, en 1928, apporte un nouveau cas. Faure, Beaulieu, et Mlle Brun publient un autre cas, en 1930. En 1931, c'est au tour de Achard et Bariety; quelques mois après, Mirizzi publie une nouvelle observation. Il faut attendre ensuite jusqu'en 1942, où Florentin et Tabarly publient un nouveau cas. Un an après, Halle et Aroudel apportent une nouvelle observation.

Enfin, Serre, Rimbaud et Bosc, en 1944, apportent un cas chirurgical que nous allons relater ici, quoique le délai postopératoire soit minime.

Il s'agit d'un homme de 34 ans, sourd-muet, que l'on voit pour la première fois pour splénomégalie de nature indéterminée, et œdème des membres inférieurs. L'apparition de la splénomégalie s'est produite progressivement. Le malade s'est aperçu de l'augmentation de volume de l'abdomen depuis une quinzaine de jours. Il n'a jamais eu de prurit, de fièvre, d'hémorragie.

L'examen montre une rate de grandes dimensions, atteignant presque l'ombilic, mesurant 25 cm. sur 17 cm. Le foie est de dimensions normales; rien aux autres appareils. Il n'existe pas d'adénoapthies perceptibles. L'état général est conservé. Le sujet est apyrétique. Les réactions sérologiques de la syphilis sont négatives. Le taux de cholesterol sanguin est de 1,40; l'azotémie est de 0,23. Les tests d'exploration hépatique sont sensiblement normaux. La N.F. donne : G.R. : 3.650.000; plaquettes : 38.000; hémoglobine : 80 %; G.B. : 3.200; polynucléaires neutrophiles : 60 %; éosinophiles : 5 %; monocytes : 2 %; lymphocytes : 33 %; le myélogramme est normal. La ponction splénique ne donne rien de particulier. La splénocontraction à l'adrénaline est positive et sans modifications nettes du splénogramme. Il s'agit donc d'une splénomégalie

isolée sans fièvre, sans altération sanguine, sans fibrose. En raison d'antécédents bacillaires présentés par le sujet, nous pensons à une tuberculose atypique splénique et portons l'indication de splénectomie. L'intervention pratiquée par le Docteur Lapeyre s'est passée sans incident. Les suites opératoires ont été normales; la rate pesait 750 grammes; l'examen histologique montra une forte prolifération des éléments réticulaires avec nombreux éosinophiles, quelques neutrophiles, et quelques cellules de Sternberg incontestables. Il s'agit d'une maladie de Hodgkin incontestable à forme surtout réticulaire et au début de son évolution. Trois mois après l'intervention, le sujet était en excellente santé.

Enfin, nous ne parlerons pas ici des **localisations nerveuses** de la maladie de Hodgkin, car nous n'avons pas pu relever dans la littérature, de maladie de Hodgkin localisée uniquement sur une partie du système nerveux. Ici, la chirurgie ne peut avoir qu'un rôle palliatif, ce n'est pas dans le cadre de notre travail, que nous voulons limité, que nous pouvons en parler.

Nous venons donc à l'instant de terminer le tour des formes localisées de la maladie de Hodgkin pour lesquelles le traitement chirurgical avait été instauré. Nous voyons dès à présent se dégager les conditions indispensables à la réussite d'un tel traitement, et les échecs qui peuvent survenir si certaines règles ne sont pas respectées. Nous y reviendrons plus tard.

Nous en arrivons donc maintenant à la deuxième question : Avec la radiothérapie, dans des cas identiques, aurions-nous obtenu les mêmes résultats ?

AVEC LA RADIOTHERAPIE PEUT-ON OBTENIR DES RESULTATS IDENTIQUES ?

C'est évidemment une question intéressante qui mérite d'être résolue. Nous allons comme précédemment apporter des cas personnels et rechercher des exemples dans la littérature.

C'est à Gilbert, apparemment, que l'on doit d'avoir mis en évidence l'intérêt d'un traitement radiothérapique massif qui, seul, peut apporter un espoir de guérison au même titre qu'un traitement chirurgical dans des formes localisées. D'après cet auteur, grâce à la radiothérapie, il y a augmentation de la survie, et, dans un nombre appréciable de cas, guérison. Il affirme que dès la certitude d'une maladie de Hodgkin périphérique, si on est sûr du diagnostic, l'adénopathie périphérique a intérêt à être traitée par la radiothérapie pénétrante, « car on ne sait jamais jusqu'où s'étend le processus au voisinage des ganglions palpables dans la profondeur ». Il pense que dans ces conditions, la guérison est possible, et il cite à l'appui de cette affirmation un cas de 19 ans de survie toujours vivant et en bonne santé et menant une vie absolument normale.

C'est également l'avis de Justin-Besançon, qui prescrit toujours des traitements massifs. Ainsi administrés, les rayons X demeureraient l'agent le plus efficace dans les formes à foyer unique ou les formes pauci-focales. Les localisations superficielles donnent évidemment les meilleurs résultats, les adénopathies médiastines cédant remarquablement. Les auteurs présentent alors des survies de plus de 6 ans et toujours en vie, dont nous ne pouvons ici rapporter tous les détails.

— Pour Kuentz, si l'on veut obtenir des chances de guérison, il faut alors employer des doses « anti-tumorales ». Les autres techniques ne seraient que des techniques à visée pal-

liative. Il ajoute que « par l'emploi de doses massives au contraire, on vise à la stérilisation locale. On cherche à distribuer dans le volume tumoral du tissu granulomateux une dose de stérilisation sans que l'état sanguin et général du malade en soient compromis. Comme il n'y a pas de doses limites de stérilisation, seules, des doses fortes peuvent arriver à ce résultat ». De plus cette méthode n'est réalisable que si le volume hodgkinien est suffisamment restreint. Il conclut en affirmant qu'il faut faire l'effort maximum dans un seul et premier traitement, pour détruire les lésions granulomateuses.

— Jackson et Parker publient en 1946, un article où sur 130 granulomes, ils ont 11 survies de plus de 8 ans; on ne sait malheureusement pas si au cours de ces 8 ans, il y a eu des rechutes ou non.

— Peters, en 1950, sur une statistique de 257 cas, a 9 survies de plus de 15 ans, certains cependant avec une ou deux récidives, mais d'autres sans aucune rechute de la maladie et pouvant être considérés comme guéris.

— Badolle, de Lyon, en 1953, pense que simplement avec des doses modérées et non trop fortes, on obtient sans risque de traumatisme et de leucopénie, des résultats identiques. Il pense cependant que, grâce à une radiothérapie bien conduite, a guérison de la maladie de Hodgkin est possible si la maladie est à son début. Il cite le cas d'un homme de 25 ans qui présente en 1942, donc il y a 11 ans, lors de la publication, une adénopathie hodgkinienne traitée par la radiothérapie. Depuis, le malade se porte très bien, sauf qu'en 1946, il a présenté un début de prurit qui cède très vite.

— Lehmann pense que la radiothérapie à dose anti-tumorae, est intéressante et donne des survies prolongées dans des formes monosymptomatiques. Il cite des observations intéressantes de survie dont 2 suivies depuis 1940, mais malheureusement, dont l'évolution a été émaillée de rechutes plus ou moins nombreuses qui toutes, il faut le reconnaître, ont regressé facilement.

— Toyer-Rozat enfin, pense qu'il faut indiscutablement frapper fort si l'on veut avoir une chance de guérison.

Nous avons donc eu l'impression en parcourant la littérature sur la radiothérapie dans la maladie de Hodgkin, que les auteurs dans leur majorité insistaient surtout sur les survies très appréciables que l'on pouvait obtenir par un traitement radiothérapique bien conduit, mais la plupart des cas cités, sont émaillés de rechutes plus ou moins répétées, qui chaque fois dans les cas favorables régressent rapidement.

— Personnellement, nous avons recueilli auprès des radiothérapeutes bordelais, quelques observations qui pourraient laisser espérer que le traitement radiothérapique à doses massives sur des formes localisées peut apporter une guérison.

Voici tout d'abord une observation que M. le Professeur Reboul a bien voulu nous communiquer :

> Mme G..., 25 ans, s'aperçoit, en mai 1951, de la présence de ganglions cervicaux gauches et d'un ganglion cervical droit, accompagnés d'un torticolis important gênant la rotation, et de douleurs irradiées vers l'omoplate. On ne note ni prurit, ni température, pas de rate, pas de fatigue. On fait alors une biopsie qui répond catégoriquement : maladie de Hodgkin. On décide alors une radiothérapie intensive sur la région de 4.000 R., du 26 juin 1951 au 13 juillet 1951. On note alors une fonte complète des adénopathies avec disparition des douleurs. Le 15 janvier 1952, la malade vient consulter pour une douleur axillaire droite, mais la recherche minutieuse d'une adénopathie et une radiographie pulmonaire sont négatives. Par mesure de précaution, on fait 2.000 R., du 15 janvier au 23 janvier 1952. La malade a fait depuis ce temps, une grossesse normale et se porte bien sans aucun signe de rechute.
>
> Donc, apparence de guérison depuis cinq ans environ.

M. le Docteur Guichard nous a aimablement communiqué une observation de sa clientèle privée, dont voici le principal :

Il s'agit de Mme L..., âgée de 27 ans, adressée à M. le Docteur Guichard en juin 1950, par M. le Professeur Aubertin. Cette femme présentait depuis quelque temps de la température, une adénopathie sus-claviculaire gauche et une légère dyspnée. Pas de prurit, pas de rate, légère fatigue générale. Une radiographie pulmonaire pratiquée montre au niveau du médiastin, une masse du volume de la tête d'un fœtus. On fait une N.F. qui montre : G.R. : 4.560.000; G.B. : 7.000; polynucléaires : 71 %; éosinophiles : 9 %; lymphocytes : 15 %; grands lymphocytes : 2 %; monocytes : 3 %.

La biopsie pratiquée au niveau de l'adénopathie sus-claviculaire gauche est catégorique : Il s'agit sans aucun doute d'une maladie de Hodgkin.

La malade commence le traitement radiothérapique en juillet 1950 et le poursuit en août, à raison de trois séances par semaine. On lui fait de très fortes doses :

— Champ médiastinal antérieur : 2.000 R.

— Champ médiastinal postérieur : 2.500 R.

— Champ sus-claviculaire gauche : 1.000 R.

Les adénopathies fondent rapidement. La température disparaît, la fatigue également.

La malade est suivie par la suite régulièrement, et est en parfait état de santé, sans aucun signe de rechute.

Grossesse en 1955, avec accouchement le 4 janvier 1956, d'un gros enfant.

Le dernier examen, fait il y a quelques semaines, montrait une femme en excellente santé, sans aucun signe de rechute.

Donc, on est en présence d'une guérison apparente depuis plus de six ans, date du début de la maladie.

Nous avons retenu ce cas malgré un début bicentrique, car il est remarquable, en ce sens que, malgré une éclosion de la mala-

die en deux endroits différents et quelques signes généraux; comme la température, la régression ait été absolue surtout de façon aussi longue et sans rechute. Il semble ici que le traitement radiothérapique ait été aussi efficace, sinon plus, que le traitement chirurgical. Nous ne faisons qu'apporter une observation de plus au débat.

M. le Doyen Pierre Mauriac nous a également communiqué une observation intéressante.

> Il s'agit d'un homme de 42 ans en février 1934, date du début de sa maladie, ne présentant dans ses antécédents qu'une fièvre typhoïde et une appendicectomie. C'est un grand nerveux depuis fort longtemps. En février 1934, il présente des troubles digestifs à type de pesanteur, digestions difficiles, constipation opiniâtre, hémorroïdes; le tout accompagné par une fatigue générale avec légères poussées thermiques. M. le Doyen P. Mauriac, appelé en consultation, décèle au-dessous du foie, dans l'hypochondre droit, une masse du volume d'une mandarine, mobile, dure, non douloureuse. On ne note rien par ailleurs, ni prurit, ni rate, ni adénopathies dans d'autres territoires.
>
> La formule sanguine ne montre qu'une légère éosinophilie. On pense à un cancer du colon et on conseille au malade l'intervention chirurgicale. M. le Docteur Lefevre, en mars 1934, pratique une laparatomie exploratrice qui montre la masse, sentie plus haut à l'examen clinique et en plus une adénopathie importante dans toute la cavité abdominale. On prélève la masse la plus grosse pour pratiquer un examen histologique et on referme. L'examen histologique pratiqué par M. le Docteur Bonnard est affirmatif : Il s'agit sans aucun doute d'une maladie de Hodgkin typique. On adresse alors le malade à M. le Docteur Lachapelle, qui lui fait un traitement radiothérapique à doses anti-tumeur.

Le malade voit alors son état s'améliorer et la température se normaliser. En 1935, il présente une fatigue générale, avec des signes mal définis; l'examen soigneux et poussé ne montre rien d'anormal. Par crainte d'une rechute, on pratique alors un petit traitement radiothérapique préventif (trois séances). Depuis, le malade continue à avoir une bonne santé apparente et ne présente aucun signe de rechute. Il est à remarquer que les coupes ont été revues à Paris, par M. le Professeur Oberling. Donc, survie de 22 ans sans rechute depuis le début de la maladie.

— *Enfin, chez M. le Docteur Wangermez*, nous avons trouvé une forme osseuse primitive, malade qui, d'ailleurs, était dans le service de M. le Docteur Saric, du temps où nous y étions.

Il s'agit d'une femme de 31 ans, Mme G..., qui entre dans le service de M. le Docteur Saric en février 1955, pour une tuméfaction de la partie supérieure du tibia gauche. La malade avait cette grosse jambe depuis trois ans environ; celle-ci devient douloureuse au début de 1955. A l'examen, la peau recouvrant cette tuméfaction était marquée par une série de dilatations veineuses. La palpation était légèrement sensible; on avait l'impression que cette masse faisait corps avec l'os. Aucun autre signe clinique n'accompagnait cette tumeur, si ce n'est un léger amaigrissement. On ne notait pas de fièvre et le reste de l'examen était absolument négatif. Pas de rate, pas d'adénopathie superficielle, pas de prurit. La radiographie pulmonaire révélait une image thoracique normale, et tous les autres examens s'avérèrent négatifs. La numération formule était dans les limites normales. Des radiographies osseuses précédentes avaient montré l'intégrité osseuse. Les Docteurs Saric et Dufour soulèvent la possibilité d'un ostéosarcome. On fait une artériographie, une phlébographie qui ne donnent aucun résultat. On décide

alors de faire une biopsie (Docteur Dufour). L'examen histologique est fait par M. le Docteur Léger, qui est affirmatif : il s'agit sûrement d'une maladie de Hodgkin. M. le Docteur Wangermez décide alors de faire des agrandissements des radiographies antérieures et des tomographies. Sur ces clichés, on trouve alors des images anormales difficiles à préciser. On envisage la possibilité d'un envahissement du muscle à partir de l'os ou inversement. Nous nous souvenons encore de la discussion qui s'engagea dans le bureau du patron pour savoir quelle attitude thérapeutique adopter. Radiothérapie ou traitement chirurgical ? Nous penchions personnellement pour la deuxième solution. Mais de nombreuses objections se manifestèrent : jeune âge de la malade, transformée en diminuée physique, si on se décidait pour l'amputation; difficulté de lui faire admettre une telle thérapeutique sans certitude de guérison; avenir pouvant être lourd de conséquences puisque l'on ignorait quel en serait le résultat. On opta donc pour la radiothérapie. La tumeur se révéla radiosensible très rapidement et fondit; mais la partie inférieure de la jambe augmenta de volume, ce qui montrait peut-être une dissémination du processus hodgkinien dans la partie inférieure de la jambe, excité par les rayons diffusés.

Un deuxième traitement radiothérapique fut institué sur cette région; la tuméfaction régressa rapidement.

La malade a été revue dans le courant de 1956 : elle est en parfaite santé et un examen poussé n'a montré aucun signe de rechute.

Tous les autres radiologues consultés n'ont jamais eu dans leur clientèle de malade venant consulter assez tôt pour une forme encore au stade apparent localisé. Ils ont bien d'assez nombreux cas de formes pluricentriques répondant bien au traitement radiothérapique, suivies de rechutes plus ou moins nombreuses, et ayant parfois une survie relativement longue. Tous pensent que

si les malades venaient consulter beaucoup plus tôt, ils obtiendraient des résultats bien supérieurs.

Ici encore nous allons faire un tableau résumé des différents cas cités plus haut :

AUTEUR	AGE	SEXE	PERIODE AVANT LE TRAITEMENT	EVOLUTION ULTERIEURE
Gilbert	?	?	?	19 ans
Peters	?	?	?	15 ans
Badolle	25	M.	?	11 ans
Reboul	25	F.	1 mois	5 ans
Reboul	?	F.	?	6 ans
Guichard	27	F.	?	6 ans
Mauriac	42	M.	1 mois	22 ans
Wangermez	31	F.	3 ans	1 an

AUTEUR	PREUVE HISTO. LOGIQUE	RECHUTE	REMARQUE
Gilbert	OUI	NON	
Peters	OUI	NON	
Payard	OUI	NON	
Reboul	OUI	NON	
Reboul	NON	NON	non citée dans l'exposé : pas de preuve hist.
Guichard	OUI	NON	
Mauriac	OUI	NON	
Wangermez	OUI	NON	

Nous avons donc 8 cas :

— Trois de plus de 15 ans.

— Un de plus de 11 ans.

— Trois de plus de 5 ans, dont l'un douteux, car on n'a jamais eu de preuve histologique. Aussi, ne le citons-nous que dans le tableau.

— Un cas de 1 an seulement.

SI ON N'AVAIT RIEN FAIT, QUELLE AURAIT ETE L'EVOLUTION DE CES CAS ?

C'est évidemment une question que l'on doit obligatoirement se poser. En effet, on peut objecter que les cas cités plus haut sont tout simplement des cas favorisés, presque exceptionnels. Nous allons essayer de montrer qu'il n'en est rien, à l'aide de quelques cas et notamment d'un cas personnel que nous ne ferons que citer.

— *Cas personnel.* — Depuis cinq ans, Mme D... avait remarqué une petite grosseur au niveau de son cou. Elle n'en fit pas grand cas, surtout que cette grosseur ne s'accompagnait d'aucun autre signe. Pas de température, pas de prurit, pas de fatigue, pas d'amaigrissement. Elle serait sans doute restée comme cela si au bout de ces cinq années, la tumeur ne s'était mise brusquement à grossir. Il s'agissait en réalité d'une adénopathie hodgkinienne comme le montra l'examen histologique que l'on fit dans le service de M. le Docteur Saric. De plus, d'autres manifestations ganglionnaires apparurent et l'état général commença à décliner.

Ainsi, pendant cinq ans, ce ganglion qui se révéla plus tard hodgkinien, resta tranquille sans modifier son volume, ni être accompagné par d'autres manifestations hodgkiniennes.

On pourrait don être tenté de dire que si on avait traité cette malade par la méthode chirurgicale, on aurait mis ce répit de cinq ans sur le compte de l'intervention chirurgicale. Cela n'est que supposition... Nous pouvons répondre en effet que rien ne prouve que si on était intervenu assez tôt, on aurait peut-être pu sauver cette malade et stopper net la maladie de Hodgkin qui, chez elle, paraissait du moins au début, relativement bénigne.

Certains pourront dire que primitivement, le ganglion n'était pas holdgkinien. Cela aussi est une supposition, et non une

preuve. On peut soutenir le contraire et toutes les hypothèses sont alors permises.

— *Cas de CADJOS (1952).* — Il s'agit d'un sujet de 42 ans, ingénieur, dont la maladie remonte à 1932. Au mois de mars de cette année apparaissaient pour la première fois, paraît-il, dans la région cervicale gauche, des ganglions du volume d'une noix environ. Cette adénopathie est accompagnée d'une poussée fébrile, avec transpiration, amaigrissement et sensation d'une grande fatigue générale. L'examen hématologique ne montre qu'une éosinophilie à 1 % et 3 % de cellules initiales. On pratique sans biopsie ganglionnaire, cinq séances de radiothérapie. Les ganglions disparaissent et l'état général s'améliore rapidement.

Mais il ne s'agit que d'une accalmie. A partir de 1933, le sujet présenta deux à trois poussées par an, identiques à la première manifestation. Les adénopathies apparaissent soit à l'aisselle, soit à la région sous-angulo-maxillaire et sont accompagnées d'une température à 39/40 degrés, d'une sudation intense et d'un fléchissement de l'état général. Elles disparaissent soit par simple repos à la montagne, soit sous radiothérapie, pratiquée à plusieurs reprises (1935, 1936, 1938, 1942, 1943) et toujours sans biopsie. Dans les intervalles des poussées, le malade se sent bien et mène une vie normale. Il est mobilisé en 1940, fait toute la campagne et sa maladie ne l'empêche pas de mener un rôle actif dans la Résistance.

Tout ce temps-là, on n'a pas fait de biopsie ganglionnaire « par crainte de suppuration ultérieure », dit le malade. Les nombreuses recherches de B.K. sont demeurées négatives. Le séro-diagnostic de fièvre de Malte est également resté négatif à plusieurs reprises. Les examens hématologiques successifs n'ont montré chaque fois qu'une légère éosinophilie. L'examen radiologique a décelé en 1938, un élargissement du médiastin dû manifestement à des ganglions volumineux. Mais de nombreux autres clichés avant et après cette date ont toujours montré une image thoracique normale.

La monotonie de cette évolution est interrompue par deux ou trois poussées ganglionnaires chaque année. Le malade, en 1946, fait une chute d'une hauteur de cinq mètres sur les talons, laissant

comme séquelle une légère diminution de la dernière vertèbre dorsale et de la première lombaire. Depuis, douleurs lombaires fréquentes et le malade supporte mal les voyages.

Nous voyons le malade pour la première fois en avril 1950, pour une douleur lombaire intense avec irradiation en ceinture et accompagnée d'une température à 39 degrés et d'une sudation intense.

L'examen ne révèle aucun signe neurologique, pulmonaire, osseux. La rate n'est pas palpable. On note quelques petits ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux. Nous remarquons à la face interne de la jambe gauche, une plaque cutanée, violacée, surélevée, ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs, et qui persiste, aux dires du malade, depuis plusieurs mois. M. le Docteur Tzanck, qui voit le malade, ne porte aucun diagnostic : « Je sais que cela n'est pas, ni syphilis, ni tuberculose, ni cancer ». La plaque cutanée guérira en quelques semaines sans laisser de traces.

Après deux semaines de repos au lit, tous les signes s'amendent mais reprennent un mois plus tard. Le malade entre à l'hôpital Claude-Bernard, où en trois semaines, tous les signes disparaissent sans traitement et où les examens ont été négatifs. Le malade revient consulter, fin décembre 1951, pour des tuméfactions impressionnantes des deux aisselles, qui se sont produites de façon brutale d'un jour à l'autre, dit le malade.

Par ailleurs, aucun signe positif. La vitesse de sédimentation est cependant à 113 et on note 3,5 % d'éosinophiles, dans la formule sanguine.

On fait alors une ponction ganglionnaire suivie d'une biopsie. L'histologiste est alors formel : « On n'hésite pas à conclure à la maladie de Hogdkin devant de nombreuses cellules de Sternberg nous paraissant typiques. Plusieurs histologistes consultés ont confirmé le diagnostic. Tout disparaît en quatre semaines sans aucun traitement, par simple repos à la montagne. Lors de la publication de cette observation, le malade était en bonne santé apparente. » Donc, la maladie dure depuis déjà vingt ans.

— *Cas de WARTER et GROS (1953).* — Il s'agit d'une femme de 36 ans, qui fut suivie régulièrement depuis le 2 mai 1950, par les auteurs, jusqu'en 1952, date de son décès. On relevait chez la malade de multiples aénopathies, un envahissement pulmonaire et pleural du côté droit. Une splénomégalie, ainsi qu'une lésion très douloureuse au niveau de l'omoplate gauche. En plus, atteinte intestinale avec diarrhée et hémorragie. Le début de cet Hodgkin s'est manifesté à l'âge de 19 ans, sous forme de ganglions qui sont apparus à la base du cou, du côté gauche. En meme temps, se produisaient des coliques hépatiques dont la cause n'a jamais pu être élucidée. Le diagnostic de ce cas repose sur deux biopsies faites, la première à Rabat, en 1942, la malade avait alors 26 ans; la seconde à Strasbourg, et examinée par le Docteur L. Gery. Les deux fois, la nature hodgkinienne était évidente. Ce cas a été suivi de très près, et ceci d'autant plus que la malade, très intelligente et cultivée, était certaine d'être atteinte de lymphogranulomatose maligne. Le traitement a été inauguré en 1938, où l'on soumet la malade à un traitement radiothérapique. Il a été poursuivi régulièrement jusqu'en 1943, année de sa première grossesse. La radiothérapie fut reprise en 1950 et systématiquement appliquée depuis lors. Les dernières séances datent de mai 1952. Depuis il a fallu y renoncer à cause de l'épuisement de la malade. A remarquer que cette malade a mené quatre grossesses à terme.

Finalement, la malade décéda au bout de 17 années d'évolution.

Que pouvons-nous conclure de ces trois cas ? Nous nous sommes volontairement limités, car de nombreux exemples identiques se trouvent dans la littérature.

S'agit-il d'une erreur de diagnostic ? Nous ne le pensons pas, quoique cependant, des cellules « d'allure sternbergoïdes » peuvent être trouvées dans des tissus non hodgkiniens. Certains auteurs ajoutent que l'on peut aussi en théorie, considérer que les lésions histologiques attribuées à la maladie de Hodgkin ne sont pas spécifiques et qu'elles pourraient appartenir à d'autres maladies. Mais, en pratique, il est difficile de refuser le diagnostic de mala-

die de Hodgkin lorsque l'on peut fonder ce dernier sur la présence de cellules de Sternberg répondant formellement aux critères classiques : sur l'abondance de ces cellules; sur l'aspect du tissu granulomateux polymorphe au sein duquel on les trouve.

A ce propos, nous voulons revenir un instant sur la possibilité, d'après M. le Docteur Bousser, de confondre parfois maladie de Hodgkin et maladie de la griffe du chat. D'après M. le Docteur Léger et quelques publications que nous avons pu lire (Bernadilli, Sors), la confusion n'est possible histologiquement que dans des cas limites. En effet, un ganglion présentant une image nodulaire typique fera penser surtout à une maladie de Hodgkin, et également à une tuberculose, une tularémie ou un B.B.S. Mais la coupe du ganglion peut passer parfois par une zone de remaniement de voisinage, une zone inflammatoire qui entoure les lésions, et une hésitation entre maladie de Hodgkin et maladie de la griffe du chat est alors possible. Dans ces cas, en réalite assez rares, nous partageons l'avis de M. le Docteur Bousser, qui pratique la réaction à l'antigène de la griffe du chat.

Il semblerait enfin qu'il peut exister des formes relativement bénignes de maladie de Hodgkin ayant une durée d'évolution plus longue que les autres. Mais ce sont des formes tout à fait exceptionnelles qui ne peuvent entrer en ligne de compte pour le pronostic de la maladie, si l'on songe à la relative fréquence de la maladie de Hodgkin.

De plus, et nous considérons cela comme un argument majeur, il se produit dans ces formes prolongées des rechutes fréquentes, ce qui permet de les distinguer des formes ayant été traitées chirurgicalement, que nous avons rapportées ici, pour lesquelles on envisage une stérilisation du processus malin. Cependant, il faut reconnaître que le génie propre de la maladie entre, pour une certaine part, dans l'apréciation du pronostic. Témoin la première observation que nous avons citée dans ce chapitre, dans lequel pendant cinq ans, la maladie resta stationnaire. A la fin cependant, la maladie reprit le dessus et emporta la malade. En conclusion, on peut dire qu'il s'agit de cas tout à fait différents de nos

cas chirurgicaux. L'expectative dans la maladie de Hodgkin au début dans une forme strictement localisée, n'est pas, à notre avis, une solution, même si l'on espère que l'affection restera stationnaire durant longtemps. Il faut agir et la meilleure façon de passer à l'action est, nous semble-t-il, le traitement chirurgical, ou à défaut, un traitement radiothérapique à doses fortes.

Il nous reste maintenant à établir quelles sont les conditions les meilleures, pour qu'un traitement chirurgical dans une maladie au pronostic aussi mauvais, puisse réussir.

CONSIDERATIONS SUR LES CONDITIONS LES MEILLEURES A L'APPLICATION DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DANS LA MALADIE DE HODGKIN

Ignorant à peu près tout de son étiologie (origine tuberculeuse virale ou tout autre ?) où de nombreux travaux pour peu de résultats ont été faits, on en est réduit à faire des hypothèses, ce qui gêne évidemment, tout effort thérapeutique. C'est donc le plus souvent sur l'expérience que l'on doit se baser pour juger d'une thérapeutique hodgkinienne que l'on ose espérer radicale lorsqu'on en fait l'essai (que d'espoirs ont été déçus !).

Quelles sont donc les conditions indispensables pour qu'un traitement chirurgical ait des chances de réussir, là où tant de thérapeutiques ont échoué ? Ce sont des conditions simples, mais qu'il faut avoir à l'esprit lorsque l'on est en présence d'un hodgkinien. C'est à Jean Bernard que l'on doit pour ainsi dire la codification d'une telle thérapeutique.

En premier lieu, l'âge et l'extension des lésions : Ce sont des lésions hodgkiniennes récentes, isolées et de volume modéré qui sont surtout justifiables d'une telle thérapeutique. Qui dit récentes, exige évidemment un diagnostic précoce. Seul, en effet, un diagnostic précoce offre une chance réelle de guérison radicale (Payard, J. Beauchant). Nous partageons le même avis que ces auteurs quand ils disent : « L'autorité et le talent des maîtres d'autrefois avaient élaboré ces tableaux riches en signes divers, récités ponctuellement aux examens et aux concours. Mais cette évolution ne correspond plus au stade curable de la maladie et une belle autopsie vient clore trop souvent une belle observation. » Ils insistent de plus pour que l'on fasse systématiquement la preuve de toute adéno-

pathie qui paraît au premier abord banale. On n'a pas le droit, avec les procédés d'investigation modernes, de laisser des malades, porteurs d'une adénopathie, continuer une vie paisible avec une médication symptômatique complètement inefficace. Nous pouvons ainsi espérer des guérisons sur lesquelles on ne pouvait compter jusqu'alors. Dans la nouvelle observation que nous avons rapportée ici, notre malade a attendu un an avant qu'on lui fasse l'ablation de son ganglion. Il est pour le moment en excellente santé, mais n'aurait-il pas mieux valu qu'il bénéficie d'une thérapeutique radicale plus précoce ? Dans les formes digestives, le diagnostic précoce est rarement fait et pourtant de longues survies qui peuvent laisser espérer des guérisons sont obtenues. Nous y reviendrons au problème de la localisation.

Il est certain que ce diagnostic, que l'on veut précoce, présente parfois certaines difficultés, malgré un examen clinique, radiologique et sanguin attentif. Aussi, la biopsie ganglionnaire extemporanée, la ponction, la cuti-réaction à la tuberculine, la numération formule nous seront d'un précieux concours.

De nos jours, on ne saurait se passer de la biopsie ganglionnaire. Jean Bernard (2) va beaucoup plus loin et prescrit dans les formes ganglionnaires isolées une exérèse totale et large d'emblée. Cependant, il recommande pour s'assurer du diagnostic au préalable, la ponction ganglionnaire de préférence à la biopsie qui expose à des erreurs, à des interventions inutiles, puisque le diagnostic n'est fondé que sur des données cliniques.

Pour Journoud, c'est un diagnostic d'urgence qui se pose. Ainsi, la ponction permet un diagnostic dans 60 % des cas, la biopsie confirme le diagnostic dans 80 % des cas. Nous ferons notre, cette règle de Dreyfus : « Tout ganglion qui ne fait pas sa preuve au bout d'un mois doit faire l'objet d'un examen histologique. Le délai sera encore réduit si la clinique et l'hématologie laissent le moindre doute ».

Un diagnostic précoce n'est pas la seule condition à remplir. L'adénopathie doit être mobile, quoique une très légère périadénite ne soit pas une contre-indication. Les autres aires ganglionnaires doivent être normales et, en particulier, le médiastin et la rate. La température doit également être normale et l'état général non altéré. Sur ce point, d'autres auteurs sont plus téméraires que Jean Bernard. Pour Kuentz, de petits troubles de l'tat général, un fébricule vespéral, un prurit discret ne sont pas des contre-indications formelles. Quant à Journoud, il pense que l'apparition d'une éosinophilie, d'une hyperthermie et d'un prurit, qui sont pourtant des réactions générales de l'organisme, ne constituent pas une preuve de généralisation et il cite à l'appui de cette affirmation, l'observation de Storti que nous avons résumée plus haut : Il s'agissait d'une malade de 18 ans, qui présentait une petite éosinophilie et le soir un léger fébricule, ce qui ne l'a pas empêché de guérir parfaitement. Personnellement, nous sommes de cet avis. En effet, un furoncle, un panaris s'accompagnant bien de température et généralement pourtant il ne s'agit que d'une affection locale. Pourtant, Lequesne, Ponthus sont plutôt de l'avis de Jean Bernard et pensent que des signes cliniques associés sont une contre-indication.

En conclusion, nous pensons que si ces conditions sont évidemment meilleures lorsqu'aucun signe général ne se manifeste, un léger prurit, une petite éosinophilie ou un petit fébricule ne sont pas des contre-indications. Témoin notre malade qui, malgré un léger prurit (qui peut être d'ailleurs de tout autre origine, dû à son léger diabète notamment) est depuis sept ans en excellente santé.

Bernard (3) pense qu'il est possible parfois d'étendre l'indication chirurgicale à des formes à début bi-centrique. Il reconnaît cependant que jusqu'à présent, les résultats n'ont pas été très encourageants.

Quant aux récidives, il semble que l'on peut parfois avoir recours au traitement chirurgical. Bernard est très réservé sur

ce point. Mais dans la thèse de Kuentz, on relève deux observations intéressantes. Dans l'une des deux, on note une rémission complète de plus de 3 ans 1/2 après la deuxième exérèse.

Il faut ensuite tenir compte de la localisation : Ce sont évidemment les adénopathies externes et surtout les localisations cervicales, que l'on traite chirurgicalement. Cela s'explique évidemment par leur diagnostic plus facile et, de ce fait, plus précoce; enfin de leur abord chirurgical plus aisé. Cependant, des adénopathies profondes ont été enlevées avec succès : citons le cas de Rohr, qui présentait une adénopathie mésentérique et qui 7 ans après son ablation chirurgicale ne présentait aucune récidive. Succès encore dans le cas de Monod et Lariety dans lequel une localisation médiastinale enlevée fut suivie d'une stabilisation de 2 ans. Nous pensons, nous l'avons déjà dit, que la chirurgie thoracique faisant des progrès constants, l'exérèse chirurgicale d'adénopathies médiastinales isolées peut s'envisager sérieusement.

Quant aux formes digestives, elles semblent revêtir un aspect un peu spécial. Ces formes sont, on le sait, diagnostiquées le plus souvent après l'intervention. Elles sont la plupart du temps peu étendues, localisées et peuvent ainsi bénéficier d'un traitement radical. Buffard estime que la diffusion terminale dans les formes digestives est restée l'exception. Cet auteur, et d'autres, pensent que la muqueuse digestive est douée du pouvoir de freiner et de limiter, pendant assez longtemps, l'extension des lésions lymphogranulomateuses malignes. On a objecté que des erreurs fréquentes de diagnostic par l'examen histologique étaient faites au niveau des muqueuses digestives. C'est un fait, l'examen histologique est très délicat à ce niveau et une conclusion est parfois difficile à donner. Mais ce n'est pas un diagnostic impossible. Un histologiste compétent et expérimenté peut arriver à des conclusions certaines, ce qui est le cas de la plupart des observations citées plus haut.

Enfin, pour la localisation splénique, il semble qu'il vaut mieux s'abstenir de toute intervention chirurgicale. Pour Marchal, il s'agit d'une intervention complètement inutile,

n'entravant pas le déroulement de l'affection et de plus dangereuse pour le malade. S'il y a lieu de faire une splénectomie, c'est peut-être dans les formes hodgkiniennes hémolytiques, mais dans ces cas-là, il ne s'agit que d'un traitement palliatif, ce qui ne rentre pas dans le cadre de notre exposé.

Quant aux formes cutanées isolées, dont nous avons également donné quelques exemples, il semble qu'elles doivent être traitées chirurgicalement.

Les données histologiques pour certains auteurs sont très importantes. Pour Jackson et Parker, il existe trois formes histologiques de maladie de Hodgkin. Le Granuloma Hodgkini, le Sarcome Hodgkinien et enfin le Para-Granuloma Hodgkini. Cette distinction pour les auteurs aurait une grande valeur pronostique : gravité particulière du sarcome, légèrement diminuée pour le para-granulome. Cette distinction du point de vue pronostique ne semble pas toujours cadrer avec l'évolution (M. le Docteur Léger). De plus, si l'on prélève plusieurs ganglions chez un même malade, on peut voir coexister les trois aspects (J. Bernard). Cet auteur ajoute « qu'il ne faut pas accorder une trop grande importance à la valeur pronostique des images histologiques ».

Enfin, le rôle du terrain et du génie propre de la maladie semblent intervenir : Il est évident que terrain et maladie en elle-même influent sur le déroulement de la lymphogranulomatose maligne et sur son pronostic. On peut objecter que les cas cités dans la littérature et traités par la méthode chirurgicale étaient de ceux qui ont une évolution relativement bénigne comme on peut en trouver quelquefois. Nous avons déjà évoqué cette question, nous n'y reviendrons pas. Mais un fait subsiste terrain et maladie ont un rôle important à jouer dans l'appréciation d'un pronostic. A l'appui de cette remarque, nous citons deux observations dont le début est à peu près semblable à notre observation princeps. Une différence notable pour la première observation cependant : l'adénopathie était régionale et non formée d'un seul ganglion, ce qui est déjà moins favo-

rable à une exérèse chirurgicale. Cependant, l'intervention s'était bien passée et l'on pouvait espérer un aussi beau résultat que dans notre propre cas. Il faut en conclure malgré tout que comme dans d'autres affections, il y a « des formes suivant la gravité », suivant l'expression consacrée. Voici donc cette observation, dans laquelle 13 mois après le début de la maladie la malade décédait :

Première observation. — Madame C... Louise, 65 ans, bonne à tout faire, dans les antécédents de laquelle on ne relève rien de particulier, entre dans le service du Professeur Dufour, le 27 novembre 1951. A la fin du mois d'août 1951, la malade note une petite tuméfaction de la région sus-claviculaire gauche qui va augmenter progressivement de volume sans s'accompagner d'aucun autre signe clinique, si ce n'est d'un léger prurit.

A l'examen la malade présente un bon état général; elle n'a pas eu de température (prise régulière deux fois par jour). On note des lésions de grattage au niveau du bras gauche. L'inspection de la région sus-claviculaire gauche révèle une tuméfaction, adhérant à la peau, fixée aux plans profonds légèrement rougeâtre et douloureuse. La rate n'est pas palpable. Au niveau des autres appareils on ne révèle rien d'anormal. Les poumons et le médiastin à l'examen radiologique sont normaux. Les autres territoires ganglionnaires sont normaux. La numération formule ne montre qu'une légère éosinophilie à 1 %. Le B.W. est négatif, la vitesse de sédimentation en 1 heure est de 10. On trouve un peu de sucre dans les urines (1 G. 70). On décide alors le 3 décembre 1951 de faire une biopsie qui donne le résultat suivant : « Il s'agit d'un ganglion remanié dans sa structure générale. Tendance à l'uniformisation par la disparition progressive des centres germinatifs. En gros réticulose et fibrose associés. Présence de cellules réticulo-endothéliales volumineuses les unes serrées, les autres plurinuclées réalisant les aspects divers de cellules

de Sternberg. En somme on a l'impression d'une maladie de Hodgkin *à son début* à forme surtout lymphadénoïde. C'est surtout l'uniformisation cellulaire, la réaction conjonctive et la présence de cellules réticulo-endothéliales pathologiques qui nous fait porter ce diagnostic. » (Léger). On décide alors quelques examens complémentaires : surtout examen O.R.L. : « la masse ganglionnaire gauche cervicale repousse vers la droite le larynx. » L'examen endoscopique du point de vue du larynx, fosses nasales et cavum s'avère négatif. A noter cependant du point de vue du larynx une diminution du sinus piriforme gauche très légère. Ceci nous permettra d'exclure avec certitude toute étiologie O.R.L.

Enfin, une tomographie du larynx montre sur les clichés antérieurs une infiltration et un épaississement de la paroi gauche de la région sous-glottique de nature indéterminée.

On décide alors l'exérèse de la masse le 10 décembre 1951. On fait faire un examen histologique de la pièce : « il s'agit bien d'une lymphogranulomatose Hodgkinienne; certains territoires sont riches en éléments éosinophiles. » (Léger).

On l'adresse immédiatement en radiothérapie pour un traitement post-opératoire. La malade quitte l'hôpital après arrêt du traitement, au mois de février 1952, en bonne santé apparente.

La malade revient chez elle où elle peut reprendre son travail uniquement dans son ménage (son mari étant quasi-infirme elle devait s'en occuper constamment). Elle était donc toujours fatiguée.

Puis dans les derniers jours du mois de mai, elle présente à la suite d'un repas assez lourd une sorte d'intoxication qui l'oblige à s'aliter quelques jours. Au mois de juin pendant une quinzaine de jours elle se porte à peu près bien. Mais une deuxième crise semblable à la pre-

mière, avec poussées thermiques, alarme la famille qui après avoir pris avis du Docteur Dufour la fait hospitaliser dans le service du Docteur Saric.

A l'examen elle présente un petit ganglion axillaire gauche, gros comme une noix. Rien par ailleurs, si ce n'est une température à 39o et un foyer de râles bulleux à la base gauche mais que son médecin connaît depuis plusieurs années. Une radiographie pulmonaire ne montre rien au niveau du médiastin et du parenchyme pulmonaire. Quelques jours après son admission un deuxième ganglion fait son apparition au niveau de l'aisselle gauche. On décide alors de faire une radiothérapie locale.

En août 1952 la malade signale un œdème des jambes qu'elle présente depuis quelques jours et le foie paraît avoir grossi. Le 29 août 1952, on met le malade à la caryolysine. Mais son état décline peu à peu sans nouvelle efflorescence ganglionnaire, sans rate avec un foie augmentant toujours de volume et finalement la famille ramène la malade chez elle où elle meurt quelques jours après.

Deuxième observation. — Voici la deuxième observation qui se rapproche peut-être encore davantage de notre observation principale. Cette observation intéressante, nous a été aimablement communiquée par Monsieur le Professeur De Grailly.

Il s'agit de Monsieur P..., âgé d'une trentaine d'années qui vient en 1934 à la consultation du centre anticancéreux (Monsieur le Professeur Rechou), pour un petit nobule apparu il y a quelques semaines dans la région latérale droite du cou, nodule qui grossit lentement, et du volume d'un petit pois. Il est adressé au service d'Anatomo-Pathologie où Monsieur le Professeur Sarrazes et Monsieur le Professeur De Grailly l'examinent. Ce malade n'a pas d'antécédents particuliers. Il n'est ni fébrile, ni amaigri, ni anémique. L'examen révèle l'existence dans la région

carotidienne droite, sur la région externe et moyenne du sterno-mastoïdien, d'un petit nobule mobile sur le muscle et le plan sous-jacent. Rien par ailleurs si ce n'est une rate très difficilement percutable. On pratique alors immédiatement une exérèse large, réalisée par Monsieur le Professeur Chavannaz. L'examen histologique pratiqué par Monsieur le Professeur De Grailly et Monsieur le Professeur Sarrazes, révèle un « état lymphadénoïde », « terme d'attente qui peut corespondre à une crypto-leucose lymphoïde, à une inflammation chronique ou à un début un peu atypique de maladie de Hodgkin ». Depuis le mois de mai 1934, date de l'intervention, le malade est suivi régulièrement par Monsieur le Professeur De Grailly qui ne relève rien d'anormal si ce n'est une rate percutable, « peut-être un peu plus que normalement ». On pense alors à un état inflammatoire banal ou à une bacillose atypique, et un traitement dans ce sens est institué. Jusqu'en 1940 le malade présente un bon état de santé. En novembre 1940 le malade fait appeler Monsieur le Professeur De Grailly. Il est alité, pâle, amaigri avec une température à 39o-40o. Il souffre de la région lombaire gauche. Le traitement proposé n'étant pas retenu (Rayons X) le malade voit plusieurs médecins et l'un deux l'adresse à Monsieur le Doyen Mauriac qui le fait entrer dans son service. On note la présence de plusieurs ganglions, mais les biopsies sont refusées par le malade. L'état s'aggrave rapidement et in-extremis on fait un myélogramme qui révèle la présence d'histiocytes monstrueux d'allure sternbergoïdes. Le malade succombe peu après chez lui.

En résumé, maladie de Hodgkin plus que probable qui après l'intervention chirurgicale, *reste 6 ans sans faire parler d'elle* et qui brusquement, alors que l'on pouvait espérer une guérison, présente une poussée brutale qui emporte le malade. Malgré l'issue fatale, Monsieur le Profeseur De Grailly pense que l'on peut mettre ce long répit de 6 ans sur le compte du traitement chirurgical.

Nous voyons donc que le génie propre de la maladie intervient parfois, puisque dans ces deux observations toute la maladie semblait être localisée à un seul territoire, et malgré une intervention chirurgicale rapide ces deux malades furent emportés tous deux, l'un rapidement, l'autre au bout de 6 ans. Cela nous invite à être prudent pour porter un pronostic dans une maladie aussi polymorphe que la lymphogranulomatose maligne.

Pour terminer ce chapitre, il nous faut malgré tout, dire un mot sur un point où les avis sont toujours très partagés. Nous n'avons pas la prétention de vouloir trancher la discussion, ce n'est pas le but de notre travail, mais seulement de mettre le doigt sur un problème passionnant que d'autres plus compétents que nous pourront développer. La maladie de Hodgkin est-elle une maladie de système comme toutes les hémopathies, ou a-t-elle un point de départ localisé d'où le processus lymphogranulomateux essaime dans tout le système lymphatique à une vitesse plus ou moins rapide.

Comme dans une telle discussion la prudence s'impose ! Il faut cependant reconnaître que ce point est d'une importance capitale, car si on admet le principe de maladie de système, il est évident que tout traitement chirurgical sera voué à l'échec. Pour cette solution nous trouvons évidemment la majorité des auteurs. Bien sûr, le début de la maladie sur le plan clinique se remarque dans la plus grande majorité des cas par une adénopathie cervicale gauche, comme l'a montré Arndt par exemple, dans une étude statistique. Justin-Besançon et ses collaborateurs ont trouvé un but identique dans 45 cas sur 110 et ils ont constaté également que sur 20 cas dans ces 45 cas la tuméfaction ganglionnaire était localisée à gauche. Ils estiment de ce fait que l'origine réelle de la maladie doit être recherchée dans la région sous-diaphragmatique, étant donné la présence de la crosse du canal thoracique dans le creux sus-claviculaire gauche. C'est également l'avis de Hemmeler. Dans ce cas on aura beau enlever une adénopathie isolée, les récidives se produiront plus ou moins rapidement. Il faut reconnaître que l'expérience clinique quotidienne témoigne en faveur de

cette hypothèse, mais l'apparence peut être trompeuse, et l'inverse peut être soutenu. Il est généralement admis que les multiples localisations Hodgkiniennes sont contemporaines des premiers foyers Hodgkiniens. La maladie de Hodgkin serait une maladie du système lymphatique tout entier, d'emblée touché dans sa totalité par l'agent de la maladie. On pourrait ainsi opposer la maladie de Hodgkin aux cancers qui, d'abord localisés, pendant une période plus ou moins longue, vont ensuite essaimer par voie lymphatique et sanguine, et ainsi donner naissance à des métastases (Bessis, Dreyfus). Cette opinion de maladie de système avait fait abandonner le traitement chirurgical, au profit du traitement radiothérapique, même dans les formes rigoureusement localisées et isolées. Personne, persuadé de cette idée, n'enlèvera une masse ganglionnaire s'il est certain de sa nature lymphogranulomateuse, car il est convaincu que bientôt, d'autres ganglions, superficiels ou profonds, feront leur apparition. Ce qui fait dire à Nobecourt : « Le seul traitement valable dans une maladie de Hodgkin est le traitement radiothérapique; l'on doit systématiquement irradier la rate en même temps que les ganglions hypertrophiés. » Quant à Combot il pense que « l'intervention locale ne peut entraver la marche du processus dont la cause initiale n'est pas connue ».

Dans la deuxième hypothèse, la maladie de Hodgkin ne serait pas immédiatement une maladie de système, mais pour un temps plus ou moins long (nous pensons fort court) serait tout à fait localisée comme si la première adénopathie révélait la porte d'entrée de l'agent pathogène, qui, rapidement, une fois dans la place, essaimerait par la voie lymphatique dans tout le système. Hypothèse bien séduisante, dirons-nous, où le traitement chirurgical reprend tous ses droits, mais qu'il s'agit d'asseoir sur des bases plus solides. Pourquoi alors si peu de cas publiés, ou tant d'échecs publiés ou non ? Tout simplement parce que les malades et surtout les médecins qui en ont la charge doivent renoncer à un diagnostic rassurant et de facilité, devant une adénopathie isolée, et ne pas perdre de temps en recherches inutiles qui laissent

à l'agent pathogène (dans le sens le plus large du mot) le temps de s'immiscer dans tous le système lymphatique où il se manifestera plus ou moins tardivement par d'autres localisations qui sont restées pendant un certain temps latentes. C'est l'avis de Bessis et Dreyfus qui envisagent surtout le problème des leucémies mais qui évoquent également le problème Hodgkinien. « On peut admettre que la leucémie au début, reste localisée, parfaitement bien tolérée et latente. On peut comprendre l'extrême rapidité de la diffusion de la maladie lorsque les cellules malades envahissent le sang, dans lequel elles sont, du fait même de leurs origines continuellement déversées... Il existe des observations assez nombreuses de lymphomes malins, ganglionnaire ou splénique, localisés à un organe et dont l'ablation chirurgicale a été suivie d'une guérison maintenant si prolongée que l'on est en droit de penser à la prévention par cette méthode de la généralisation leucosique, fréquente dans les cas non traités. »

C'est également l'opinion de Hellwig, de Gall et de Mallory, de Abel. Jean Bernard également opte pour la seconde hypothèse. Pour lui « l'atteinte diffuse du système lymphatique, pourrait être liée à l'action directe et totale de l'agent causal ou comme la réponse de ce système à un trouble quelconque, nerveux, endocrinien, humoral, provoquée par cet agent ».

Pour Storti, il existe quoique peut-être très rarement « des cas de tuméfactions ganglionnaires de type histologique lymphogranulomateux malin à début unilocalisé ». Il termine en émetant un doute sur la valeur absolue de notre opinion à savoir que la lymphogranulomatose maligne est toujours une affection touchant le système lymphatique en entier.

Craver, de plus, pense que par « ablation de la lésion initiale, si elle est confinée à une région, la guérison sera théoriquement possible ».

Enfin, nous terminerons par la réflexion de Journoud qui pense que le maintien de la guérison dans tous les cas rapportés, tend à témoigner en faveur du début localisé de la maladie de Hodgkin.

Comment pourrait-on mieux clore ce chapitre si ce n'est en donnant un tableau qui résumera tous les cas que nous avons relaté dans ce travail. Mais avant il nous reste à dire un mot du traitement radiothérapique associé au traitement chirurgical. Là où l'on rencontre l'unanimité, et une unanimité totale, c'est pour exclure tout traitement radiothérapique avant un traitement chirurgical (J. Bernard, Marchal, Ponthus, Imbert, etc...). En effet, ce traitement pré-chirurgical pourrait permettre à un ganglion Hodgkinien dont le volume a diminué sous l'influence des rayons, de passer inaperçu lors de l'intervention chirurgicale et être un facteur de recherches ultérieures. Enfin et surtout, elle fait perdre un temps précieux. Doit-on faire suivre toute exérèse chirurgicale d'un traitement radiothérapique ? Là, les avis sont beaucoup plus partagés. Hellwig, pour essayer de trancher la question, a pratiqué les deux méthodes (traitement chirurgical seul, ou bien suivi de radiothérapie) et a obtenu sensiblement les mêmes résultats. Jean Bernard, dans ces trois observations, n'a pas employé de traitement radiothérapique après un acte chirurgical et n'a pas eu de rechute. Il pense que le traitement par les rayons doit surtout être réservé aux cas limites où l'on a peur que l'exérèse ne soit pas complète. De même, dans les cas d'adénopathies volumineuses ou enfin dans les cas où plusieurs ganglions d'un même territoire sont hypertrophiés et cela malgré un curage ganglionnaire minutieux.

Personnellement, nous pensons qu'il est plus prudent de faire suivre toute méthode radicale par un traitement radiothérapique, qui sera un traitement local, où seule la région que l'on aura traitée chirurgicalement sera irradiée.

AUTEUR	AGE	SEXE	LOCALISATION	TRAITEMENT	RESULTATS APRES TRAITEMENT		RECHUTE
					V.B.P.	7 ans	NON
Notre thèse	76	M.	Ggl Cervical G	Chirurgical	V.B.P.	15 ans	NON
Viola	?	M.	Ggl axillaire	Chirurgical	V.B.P.	5 ans	NON
Storti	18	F.	Ggl sus-clavicul.	Chirurgical	V.B.P.	4 ans	NON
Storti	34	M.	Ggl Ingu. G	Chirurgical	V.B.P.	5 ans	NON
Goïa	18	F.	Ggl sus-Cl. G	Chirurgical	V.B.P.	5 ans	NON
Graver	?	?	?				
(5 cas)				Chirurgical	V.B.P.	13 ans	NON
Bousser	?	M.	Ggl unique	Chirurgical	V.B.P.	14 ans	NON
Tzanck	?	M.	Ggl unique	Chirurgical	V.B.P.	9 ans	NON
Helwig	69	M.	Ggl inguinal	Chirurgical	V.B.P.	14 ans	NON
Helwig	37	M.	Ggl cervical	Chirurgical	Mort de Hodgkin	10 ans	OUI
Helwig	30	M.	Ggl cervical	Chirurgical	Mort de Hodgkin	5 ans 4 mois	OUI
Gall	?	?	Ggl cervical	Chirurgical	V.B.P.	19 ans	NON
Gall	?	?	Ggl inguinal	Chirurgical	Mort	3 ans	NON
Gall	?	?	Ggl sub-maxil.	Chirurgical	V.B.P.	15 ans	NON
Gall	?	?	Ggl cervical	Chirurgical	V.B.P.	5 ans 5 mois	NON
Gall	?	?	Ggl axillaire	Chirurgical	Mort de Hodgkin	6 mois	OUI
Gall	?	?	Ggl cervical	Chirurgical	Perdu de vue	2ans	OUI
Gall	?	?	Ggl cervical	Chirurgical	V.B.P.	10 ans	NON
Gall	?	?	Ggl cervical	Chirurgical	V.B.P.	18 ans	NON
Gall	?	?	Ggl cervical	Chirurgical	V.B.P.	15 ans	NON
Bernard	11	M	Ggl sus-clavicul	Chirurgical	V.B.P.	13 ans	NON
Bernard	9	M.	Ggl sus-clavicul.	Chirurgical	V.B.P.	3 ans	NON
Bernard	19	F.	Ggl cervical	Chirurgical	V.B.P.	1 an et demi	NON
Payard	?	F.	Ggl cervical	Chirurgical	V.B.P.	20 ans	NON
Kuentz	?	M.	Creux poplite	Chirurgical	V.B.P.	6 ans	NON
Favre	?	F.	2 Nodules cutanées	Chirurgical	V.B.P.	13 ans	NON
Gadrat	34	M.	Peau épaule	Chirurgical	V.B.P.	9 ans	NON
Helwig	27	F.	Gastrique	Chirurgical			
Vasiliu	22						

AUTEUR	AGE	SEXE	LOCALISATION	TRAITEMENT	RESULTATS APRES TRAITEMENT		RECHUTE
Thompson	42	M.	Gastrique	Chirurgical	V.B.P.	14 ans	NON
Rimbaud	33	M.	Gastrique	Chirurgical	V.B.P.	1 an	NON
Etienne	10	M.	Gastrique	Chirurgical	V.B.P.	6 ans	NON
Madding	62	M.	Gastrique	Chirurgical	V.B.P.	6 ans	NON
Madding	54	M.	Gastrique	Chirurgical	mort immédiate	mort	NON
Madding	47	M.	Gastrique	Chirurgical	V.B.P.	8 ans	NON
Madding	38	M.	Gastrique	Chirurgical	V.B.P.	6 ans	NON
Thune	64	M.	Gastrique	Chirurgical	V.B.P.	9 ans	NON
Thune	43	M.	Gastrique	Chirurgical	V.B.P.	6 mois	NON
Lanos	33	F.	Gastrique	Chirurgical	V.B.P.	1 an	NON
Luxardo	37	F.	Gastrique	Chirurgical	V.B.P.	3 ans	NON
Browne	64	F.	Gastrique	Chirurgical	V.B.P.	10 mois	NON
Bruneton	?	M.	Jejunale	Chirurgical	V.B.P.	12 ans	NON
Sauvage	?	?	Ggl médiastinale	Chirurgical	V.B.P.	3 ans	NON
Salzmann	?	?	Ggl médiastinale	Chirurgical	V.B.P.	17 ans	NON
Eschapasse	27	F.	Ggl médiastinale	Chirurgical	V.B.P.	6 mois	NON
Eschapasse	26	F.	Ggl médiastinale	Chirurgical	V.B.P.	10 mois	NON
Saric	27	F.	Hodgkin pulm.	Chirurgical	V.B.P.	1 an	OUI
Rimbaud	34	M.	Hodgkin splénique	Chirurgical	V.B.P.	3 mois	NON
Gilbert	?	?	Ggl unique	Radiothérapie	V.B.P.	19 ans	NON
Badolle	25	M.	Ggl unique	Radiothérapie	V.B.P.	11 ans	NON
Peters	?	?	Ggl unique	Radiothérapie	V.B.P.	15 ans	NON
Reboul	25	F.	Ggl cervical	Radiothérapie	V.B.P.	5 ans	NON
Reboul	?	F.	Ggl médiastinale	Radiothérapie	V.B.P.	6 ans	NON
Guichard	27	F.	Ggl sus-clavicul.	Radiothérapie	V.B.P.	6 ans	NON
Mauriac	42	M.	Ggl abdominaux	Radiothérapie	V.B.P.	22 ans	NON
Wangermez	31	F.	Loc. osseuse (tibia)	Radiothérapie	V.B.P.	1 an	NON
Saric	?	F.	Ggl cervical	Pas de traitem.	Mort	5 ans sans trait	OUI
Gadjos	42	M.	Ggl cervical	Radiothérapie	V.B.P.	20 ans	Nombreuses
Warter	36	F.	Ggl multiple	Radiothérapie	Mort	17 ans	OUI
Saric	65	F.	Ggl cervical	Radiothérapie	Mort	12 mois	OUI
De Grailly	30	M.	Ggl cervi-unique	Chirurgical	Mort	6 ans	oui au bout de 6 ans

Il nous est difficile de terminer. Nous ne pouvons nous baser que sur des faits d'expérience et nous ne pouvons être affirmatif. Comment être affirmatif sur les résultats thérapeutiques dans une maladie donnée, lorsqu'on ignore l'étiologie, le mode de début véritable de cette maladie, lorsque enfin on est en présence d'une affection qui, comme la maladie de Hodgkin, revêt des aspects si divers. On le voit la difficulté est grande. Combien d'auteurs ont regretté d'avoir été trop pressé d'apporter des conclusions sur une nouvelle thérapeutique dans la maladie de Hodgkin, conclusions qui faute d'un recul suffisant ou d'un nombre suffisant de cas se sont révélées erronées.

Aux termes de cette étude, nous pensons qu'il est difficile de ne pas mettre sur le compte du traitement chirurgical les réussites obtenues. Nous pensons cependant que le traitement chirurgical reste un traitement très particulier dans cette affection et qu'il ne doit être réservé qu'à des cas bien définis. Enfin, il est incontestable que le traitement radiothérapique a lui aussi à son actif des réussites très brillantes et nous pendans une discussion thérapeutique sur une forme localisée de maladie de Hodgkin, on doit les évoquer tous deux.

Nous avons, le lecteur s'en est peut-être aperçu, un petit penchant pour la méthode chirurgicale dans les lymphogranulomatoses malignes à leur début et localisées, mais nous préférons le laisser libre de conclure lui-même et d'échafauder des hypothèses, la médecine étant faite de ce mélange de faits expérimentaux et d'hypothèses...

CONCLUSIONS

1. L'extirpation chirurgicale « ORIGINELLE et UNIQUE », paraît susceptible dans les formes locales de la maladie de Hodgkin (cutanées, viscérales, ganglionnaires superficielles et profondes...), dans certains cas bien définis tout au moins, de retarder l'évolution inexorable de la maladie et même d'en empêcher le retour.

Ces cas sont certes exceptionnels, mais n'en paraissent pas moins indiscutables :

— Localisation cutanée :
  — Cas de Favre et Croizat : 20 ans d'observation sans rechute, et en vie au moment de la publication.
  — Cas de Hellwig : 13 ans d'observation sans rechute et en vie au moment de la publication.

— Location digestive :
  — Cas de Thompson : 14 ans d'observation sans rechute, et en vie au moment de la publication.
  — Cas de Bruneton : 12 ans sans rechute, toujours en vie.

— Localisation médiastinale :
  — Cas de Salzmann : 17 ans d'observation sans rechute, et en vie au moment de la publication.

Les formes les plus favorables pour une telle intervention semblent, de façon évidente, être celles à localisation uniganglionnaire superficielle.

— Notre Thèse : 7 ans d'observation sans rechute, et toujours en vie.

— Cas de Viola : 15 ans d'observation sans rechute, et en vie au moment de la publication.

— Cas de Bousser : 13 ans d'observation sans rechute, toujours en vie.

— Cas de Tzanck : 14 ans d'observation sans rechute, et en vie au moment de la publication.

— Cas de Hellwig : 14 ans d'observation sans rechute, et en vie au moment de la publication.

— Cas de Gall (1) : 19 ans d'observation sans rechute, et en vie au moment de la publication.
(2) : 15 ans d'observation sans rechute, et en vie au moment de la publication.

— Les 3 cas de J. Bernard : respectivement, 18, 15, 13 ans, toujours en vie.

2. Des résultats comparables semblent aussi avoir été obtenus en utilisant la radiothérapie. Cette méthode paraît ne donner ces résultats cependant que d'une façon moins certaine. Par contre, elle procure l'avantage de pouvoir être utilisée dans des formes où la chirurgie donne un plus gros pourcentage d'échecs, notamment dans les formes pluriganglionnaires :

— Cas de M. le Doyen Mauriac : 22 ans d'observation sans rechute, toujours en vie.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :

Le Doyen :

R. SIGALAS.

Le Président de Thèse :

R. SARIC

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Bordeaux, le 5 Novembre 1956.

le Recteur :

E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Abel, F. Heully, J. Simonin et Rauber. Localisation initiale iliopelvienne d'une maladie de Hodgkin, *Rev. Méd. Nancy*, avril 1951, *76*, 203.

Albahary. A propos de la communication de A. Gadgos sur un cas de maladie de Hodgkin observé pendant 20 ans. *Le Sang, Paris*, 1952, *23*, 683-688.

Aubertin Ch., Levy R. La maladie de Hodgkin ou lymphogranulomatose maligne. *J. Méd. Français*, 1928, *17*, 3-19.

Babaiantz. La granulomatose maligne, étude anatomo-clinique, étude thérapeutique spécialement du point de vue roentgenthérapie, *Thèse Genève*, 1928.

Babolle. Résultats éloignés dans la maladie de Hodgkin traitée par la radiothérapie. *Lyon Médical*, 1953, 381.

Baker et Mann. Hodgkin's disease. *Lancet*, 1940, 23-25.

Barbier et Gauthier. Observation personnelle. *Le Sang, Paris*, 1932, 5.

Bernard J. et Ossipovski (1). Traitement chirurgical de la maladie de Hodgkin. *Sem. Hop.*, 1949, *84*, 3513-3507.

Bernard J. (3), Le Traitement de la maladie de Hodgkin, *Masson*, 1932.

Bernard J. (2),Le Traitement de la maladie de Hodgkin. *Le Sang, Paris*, 1947, *18*, 468.

Bernard J., Mathé G. Les Tumeurs osseuses hématopoietiques. *Rev. du Praticien*, 1954, *11*, 1019.

Bernard J. (1), Communication personnelle. *Soc. Franç. Hématologie*, séance du 8 mai 1947.

Bernard J. (1), Communication personnelle. *Soc. Méd. Hôpitaux de Paris*, séance du 4 juillet 1947.

Bessis M., Dreyfus B. Considérations sur les leucémies humaines. *Sem. Hôp.*, 1948, *53*, 1739-1749.

Bousser. Discussion sur la Communication de J. Bernard. *Soc. Franç. Hématologie*, séance du 8 mai 1947.

Browne et Nc. Hardy. Isolated Hodgkin's disease of the stomach. *Gastroenterology*, 1946, *6*, *596-601*.

Bruneton. Formes digestives de la maladie de Hodgkin : Exérèses chirurgicales, *Bull. Soc. Chirurgie, Paris*, octobre 1947.

Buffard. D'après la thèse de Kuentz, *Lyon*, 1955.

Camus J.-P. Traitement actuel de la maladie de Hodgkin, *La Vie Médicale*, octobre 1953, 905-908.

Combot. La maladie de Hogdkin et son traitement, *These, Paris, 889*, 1948.

Craver. Hodgkin's disease : Five years survival rate. Value of early surgical treatment; notes on four cases of long duration. *Am. Jour. of Roentgentherapy*, 1942, *47*, 596.

Debray J. Le traitement de la maladie de Hodgkin. *Therapie, Paris*, 1954, *9*, 106-109.

Devois A., Decker R. L'Avenir de la maladie de Hodgkin traitée (étude statistique d'après 182 cas), *Sem. Hôp., Paris*, 1954, *30*, 197-203.

Dreyfus B. Acquisitions récentes sur la maladie de Hodgkin, *Press. Méd.*, 1950, *58*, 961-962.

Duhamel. Données récentes sur la maladie de Hodgkin et son traitement, *Concours Médical, Paris*, 1950, *72*, 727-728.

Etienne et Lapeyrie. Un cas de sténose pylorique par lymphogranulomatose maligne à forme abdominale, chez un enfant de 10 ans, *Thèse de Taillan, Montpellier*, 1937.

Favre M., Nicolas J., Croizat P. Lymphogranulomatose maligne cutanée primitive d'inoculation. Guérison sans récidive ni généralisation, *Soc. Biol., Lyon*, séance du 20 juillet 1931.

Fontaine R., Fruhling L., Gery J. Un nouveau cas de lymphogranulomatose maligne à forme abdominale, *Press. Méd.*, 1941, *91*, 1144.

GADGOS. Maladie de Hodgkin d'évolution bénigne depuis 20 ans, *Le Sang, Paris*, 1952, *23*, 683-688.

GADRAT. Communication personnelle, *Toulouse Médical*, séance octobre 1947.

GALL A. The surgical treatment of malignant lymphoma, *Annals of surgery*, 1948, *118*, 1064.

GALL, MALLORY. Malignant lymphoma, *Am. Jour. of Pathology*, 1942, *18*, 410.

GEINDRE M.-J. A propos de quelques cas de réticulopathies primitives isolées de l'estomac, *Thèse, Bordeaux*, 1955, 266.

GELIN. Exérèses ganglionnaires multiples, *Soc. Franç. Hématologie*, mai 1954.

GIBERT R., SLUYS F. La radiothérapie de la granulomatose maligne, *J. de Rad. et d'électr.*, 1937, *17*, 1929.

GIRARD M. Traitement de la maladie de Hodgkin, *J. Méd., Lyon*, 1954, *35*, 233-237.

GOLDMAN V. Hodgkin's disease; salient clinical features and relative valeur of various methods of treatment based upon study of 319 cases, *New-York State Med.*, 1945, *45*, 1313-1318.

GUILLEMAN P. Traitement de la maladie de Hodgkin, *Press. Méd.*, février 1952.

GUYOT J. A propos de un cas de maladie de Hodgkin à localisation ganglionnaire primitive abdominale, *Thèse, Paris*, 1953, 873.

HELLWIG M.-D. Malignant lymphoma; the value of radical surgery in selected cases, *Surg. Gyn. and Obst.*, 1947, *84*, 950-958.

HEMMELER G. Pathologie des lymphogranuloms; und anderer lymphknoten erkrungen, *Helvetica Medica Acta*, 1953, novembre, 261.

HOLDING, BROWN. The treatment of Hodgkin's disease, *J.A.M.A.*, 1940, *111, 1068*.

HYMAN S., ABRAMS. Bones in Hodgkin's disease, *Annals of Surgery*, 1938, 108, 296-303.

IMBERT R., DECAMP A., BOFFA J. A propos de la maladie de Hodgkin, *Marseille Chirurgical*, 1950, *5*, 11.

JACKSON et PARKER. Hodgkin's disease, *Radiology*, 1946, *38*, 412.

JOURNOUD R. A propos du traitement chirurgical précoce de la maladie de Hodgkin, *Press. Méd., Paris*, 1949, *57*, 993-994.

JUSTIN-BESANÇON, LAMOTTE-BARILLON, DEBRAY J. Réflexions sur le diagnostic et le traitement de la maladie de Hodgkin, à propos de l'étude de 110 malades, *Sem. Hôp.*, 1952, décembre, 3855-3871.

KUENTZ. Etude statistique, clinique et thérapeutique de la granulomatose maligne : A propos de 170 observations, *Thèse, Lyon*, 1955, 178.

LANOS. Un cas de localisation primitive de maladie de Hodgkin, *Soc. Chir., Paris*, 1951.

LEHMANN. L'Avenir des hodgkiniens irradiés à doses massives, *J. Radiol.*, 1953, *34*, 702-708.

LEQUESNE. Les moyens modernes de diagnostic et de traitement de la maladie de Hodgkin, *Gaz. Méd., Paris*, 1951, *58*, 177-180.

LÉONARD B., GOLDMAN. Hodgkin's disease, *J.A.M.A.*, 1940, *1142*, 1615.

LLOYD, CRAVER M.-D. Hodgkin's disease : Five years survival rate. Value of early surgical treatment; notes on four cases of long duration, *Am. Journal ov Roentgentherapy*, 1942, 47, 596.

LLOYD, CRAVER M.-D. Lymphomas and leukemias. The value of early diagnosis and treatment, *J.A.M.A.*, 1948, janvier, *24*, 244.

LORTAT L., JACOB, SCMITTE P. Traitement de la maladie de Hodgkin, *Paris Médical*, 1927, décembre, 452-454.

LUXARDO. Lymphogranulomatose primitive de l'estomac, *Semana Medica*, 1943, *1*, 68-80.

MADDING. Hodgkin's disease of stomach, *Proceedings of the staff Meetings Mayo Clinic*, 1938, 13, 618.

MARCHAL G. Communication personnelle, *Bull. et Mém. de Soc. Méd. Hôpitaux, Paris*, 1947, 616.

MARCHAL G., DUHAMEL G. Les adénopathies de la maladie de Hodgkin, *Rev. Praticien*, 1955, *50*, 486.

MEDINGER, CRAVER. Hodgkin's disease, *Radiology*, 1948, *50*, 486.

MEYERO O. Treatment of Hodgkin's disease and the lymphosarcomas, *J.A.M.A.*, 1954, 29, 119-120.

MINOT et ISAAC. Malignant lymphomas, *J.A.M.A.*, 1926, 86, 1165.

MIRIZZI. Rapport de M. R. PROUST, *Bulle. et Mém. Soc. de Chirurgie de Paris*, 1939, 1539-1548.

MONTGOMERY. Hodgkin's disease of bones, *Annals of surgery*, 1928, 87, 755.

MONOD R., BARIETY M., LESOBRE R., CHOUBRAC P. Lymphogranulomatose maligne à détermination thoracique simulant une tumeur bénigne du médiastin antérieur hippocratisme digital, diagnostic histologique après exérèse, *Bull. Méd. Soc. Méd., Paris*, 1946, 1, 18-23.

NOBECOURT P. Contribution au pronostic de la lymphogranulomatose maligne, *Congrès Français de Médecine*, 22e session, 1932, 13.

PASTEUR-VALLERY-RADOT. La maladie de Hodgkin, *Path. Méd.*, Tome 1, Flammarion, 431.

PAYARD, BEAUCHANT. Traitement de la maladie de Hodgkin, *J. Méd. Bordeaux*, 1953, 171.

PETER VERA. Treatment of Hodgkin's disease, *Am. Jour. of Roentgen*, 1950, 63, 229.

PONTHUS P. Aperçu thérapeutique sur la maladie de Hodgkin, *Rev. Méd. Moyen-Orient*, oct.-déc., 1950, 424-441.

ROHR. D'après la thèse de *Kuentz, Genève*, 1955.

RICHARD. Contribution à l'étude des formes digestives de la maladie de Hodgkin, *Thèse Lyon*, 1949.

RIMBAUD L., SERRE H., BOSC R., CAZAL P. Maladie de Hodgkin à forme splénique pure : splénectomie, *Soc. Hôp. Paris*, 1944.

RIMBAUO, ANS, MARTIN. Maladie de Hodgkin à forme gastrique, *Arch. Soc. Sciences Méd. et Biol.*, Montpellier, 1936, 337.

SAUVAGE. Thèse de *Kuentz, Genève*, 1955.

SALZMANN. Thèse de *Kuentz*, 1955, Genève.

SORS. *Presse Médicale*, supplément 1950.

STORTI. Peut-on considérer la lymphogranulomatose maligne comme une maladie à début localisé, *Bull. Hôp. Paris*, 1937.

SUGARBAKER. Lymphosarcoma, *J.A.M.A.*, 1940, 113.

SYKES, KARNOSKY, GORDON, MAC NEER. Spenectomy far-advanced Hodgkin's disease; report of 5 cases; *Blood*, 1954, *9*, 824-828.

THIOBET J., FOURNIER A., CHEVROT L., PINOT J. Les bases thérapeutiques de la maladie de Hodgkin, *Algérie Médicale*, 1953, *57*, 843-846.

THOMPSON, HOWELLS. Primary lymphogranuloma of the stomach; report of 4 new eases, *Quart. Journ. of Med.*, 1935, *4*, 81.

THOYER-ROZAT. Maladie de Hodgkin, *J. Radiol.*, 1953, *34*, 708.

THUNE. Isolated lymphogranulomasis of the stomach, *Nord. Med. (Hygeia)*, 1939, *3*, 2866-2873.

TZANCK. Discussion sur l'exposé de Jean BERNARD, *Soc. Méd. Hôp., Paris*, séance du 4 juillet 1947.

VASILIU. L'ulcère lymphogranulomateux gastro-duodénal, *Le Sang, Paris*, 1929, 3, 257.

VERMYNCK. Thèse de Médecine, Strasbourg, 1941.

VIOLA G. Granuloma maligno e granuloma tubercolare, *Pathologica*, 1914, *6*, 146.

WARTER, GROS, RUYSSEN, MOISE. Maladie de Hodgkin ayant évolué 17 ans, *Strasbourg Médical*, 1953, 207-212.

WILLIAM R.-D., ANDREW N.-C. Major surgery in Hodgkin's disease, *Surg. Gyn. Obst.*, 1951, *93*, 636-640.